



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Ercília Rute Coimbra dos Santos

Março, 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Por: Ercília Rute Coimbra dos Santos
Sob orientação de: Mestre Isabel Quelhas

Março, 2015

Resumo

Este relatório surge como resultado do estágio curricular desenvolvido na área de Saúde Infantil e Pediatria, enquadrado no 7º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa. O estágio desenvolveu-se em três módulos: Módulo I – Saúde Infantil, com um total de 250 horas, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar Terras da Feira e Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira; Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia que foi desenvolvido no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga num total de 250 horas; Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia, que decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, com 125 horas, e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de São João, igualmente com 125 horas. O percurso trilhado em cada módulo de estágio teve como principal objetivo a aquisição de competências, através da concretização dos objetivos, nos domínios da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. No sentido de demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências nos domínios descritos, na área da Saúde Infantil e Pediatria, este documento, tem como principal objetivo a análise crítica e reflexiva das atividades que foram desenvolvidas ao longo dos diferentes módulos do estágio. As áreas da parentalidade, da dor e da parceria de cuidados foram aquelas que ao longo do estágio me permitiram adquirir e desenvolver capacidades e habilidades na sua abordagem.

Palavras-chave: Competências, Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeiro Especialista

Abstract

This report is produced as the result of the apprenticeship developed in the area of Child Health and Paediatrics, within the seventh degree of the Masters with Specialization in Child Health and Paediatrics Nursing by the Instituto de Ciências da Saúde of Oporto of Universidade Católica Portuguesa, being as a document for evaluation purposes in order to obtain the professional title of Nurse Specialist in the correspondent area. The apprenticeship consisted of three modules: Module I - Child Health, with a total of 250 hours, which were carried out at Unidade de Saúde Familiar Terras da Feira and Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira; Module II - Medical and Surgical Service, which as developed at the Pediatric Internment of Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, totaling 250 hours; Module III - Service of Pediatric Intensive Care and Pediatric Emergency, which were carried out at the Pediatric Urgency Service, of Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, with 125 hours and at the Neonatal Intensive Care Unit at the Hospital de São João, also with 125 hours. Throughout the learning path in every apprenticeship module had as principal goal the acquisition of skills, through the concretization of the goals in the domains of Care Providing, Management, Training and Investigation. In order to demonstrate the process of acquisitions a development of skills in the areas above described, in the field of Child Health and Paediatrics, this document, as the main aim a critic and reflexive analysis of the activities developed in the diferentes modules of the apprenticeship. The areas of parenting, pain and partnership care, were those that along the apprenticeship allowed to acquire and to develop capacities and skills in its approach.

Keywords: Competencies, Child Health and Paediatrics, Nurse Specialist

Agradecimentos

A todas as crianças e famílias a quem prestei cuidados, pois são a razão do nosso trabalho e a força que nos leva a continuar.

Aos meus pais que sempre me incentivaram e apoiaram. Sem eles os momentos difíceis, as poucas horas de sono e as minhas fragilidades teriam sido muito mais complicadas de ultrapassar.

Aos amigos verdadeiros por terem sido um ombro amigo nos dias em que o pessimismo teimava toldar os meus pensamentos e por não me cobrarem o tempo que não lhes pude dedicar.

Aos meus colegas de trabalho que me apoiaram e me ajudaram neste percurso.

À minha orientadora pela sua disponibilidade e orientação demonstrada ao longo de todo este percurso.

Aos tutores que me guiaram em estágio, pela sua disponibilidade, dedicação e profissionalismo.

*“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade
do que a forma como esta trata as suas crianças.”*
Nelson Mandela

Lista de abreviaturas e siglas

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CHEDV - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

CSP - Cuidados de saúde primários

DM 1 - Diabetes Mellitus tipo 1

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

Enf^a - Enfermeira

Enf^o – Enfermeiro

EDIN - *Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EESMO- Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESIP – Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability*

HSJ -Hospital de São João

ICS – Instituto Ciências da Saúde

IPI - Intervenção Precoce na Infância

NACJR - Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

MEESIP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SIP - Saúde Infantil e Pediátrica

SAPE® - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS®- Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SNIP - Sistema de Intervenção Precoce na Infância

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TIP- Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VD - Visitas domiciliárias

WHO – World Health Organization

Índice

0. Introdução	15
1. Competências desenvolvidas em contexto de estágio	17
1.1 Domínio da Formação	18
1.2 Domínio da Investigação	23
1.3 Domínio da Gestão	32
1.4 Domínio da Prestação de Cuidados	38
2. Conclusão	79
Bibliografia	81
Anexos	
Anexo 1 – Planificação da ação de formação “Os focos de atenção de enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”	89
Anexo 2 – Planificação da ação de formação “Dor em Pediatria”	145
Anexo 3 - Tabela de Equivalentes/porções de Hidratos de Carbono	189
Anexo 4 - Planificação da atividade de comemoração do “Dia da Mãe”	195
Anexo 5 - Planificação da atividade de comemoração do “Dia da Criança”	219
Anexo 6 - Planificação da ação de formação para pais e cuidadores sobre os “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”	249

0. Introdução

O presente documento surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), em particular da Unidade Curricular de Estágio de Saúde Infantil e Pediatria. O estágio desenvolveu-se em três módulos diferentes no período de 28 de Abril de 2014 a 22 de Janeiro de 2015, sob a orientação pedagógica da Mestre Isabel Quelhas.

Este presente documento resulta de uma profunda análise e reflexão do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências durante o estágio e tem como objetivos:

- Servir de documento de avaliação;
- Descrever as atividades realizadas durante o estágio;
- Ilustrar o processo de desenvolvimento de competências durante o estágio;
- Refletir criticamente sobre o processo de aprendizagem, nomeadamente sobre os objetivos pessoais e as competências desenvolvidas durante o estágio.

Desta forma, na sua elaboração foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica e análise reflexiva, de forma a descrever e analisar todo processo de aprendizagem, refletindo sobre as diferentes oportunidades vividas e as competências desenvolvidas.

De acordo com o plano de estudos do ICS, os objetivos gerais propostos no mesmo, para o estágio e que encerram as competências a demonstrar são os seguintes:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou

incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: introdução onde é realizada uma breve referência ao estágio, são apresentados os objetivos deste documento e qual a metodologia utilizada para a elaboração do mesmo. No capítulo 1, são apresentadas as competências, objetivos e atividades desenvolvidas durante os diversos contextos de estágio, e onde é realizada uma análise reflexiva do desempenho e da aprendizagem realizada. Por fim, é efetuada uma breve conclusão.

1. Competências desenvolvidas em contexto de estágio

Este capítulo é ocupado com a descrição, análise e reflexão crítica dos objetivos autopropostos e das atividades desenvolvidas de forma a atingi-los no intuito da ilustração do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências durante todo o estágio de cariz pessoal, profissional e académico.

No sentido de orientar o processo de aprendizagem e de aquisição de competências estabelecidas pelo ICS da UCP, defini os quatro domínios principais da prática de enfermagem, nos quais poderão ser integradas as referidas competências, e que são: a Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. O plano de estudos do ICS da UCP tem definidas 29 competências para serem atingidas. De acordo com estas competências, foram definidos objetivos específicos e desenvolvidas atividades durante os diferentes módulos de estágio. Para uma melhor organização estrutural do documento e consequente compreensão, as competências adquiridas, os objetivos e as atividades estão divididos pelos referidos domínios.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), *“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”* Assim, o Enfermeiro Especialista (EE) deverá possuir um abrangente e diversificado leque de conhecimentos e adquirir competências na área de Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), compreendendo profundamente o recém-nascido (RN)/criança/jovem e família e os processos de saúde e doença que estes experienciam durante o seu desenvolvimento, respondendo com cuidados de enfermagem de excelência, conduzindo a potenciais ganhos em saúde.

1.1 Domínio da Formação

A formação é uma das áreas que deve estar sempre presente no desenvolvimento das profissões diferenciadas como é o caso da enfermagem. Assim, para ser enfermeiro (enf^o), é necessário a obtenção do título profissional de enf^o, através da licenciatura. No entanto, ao longo de todo o percurso profissional do enf^o, é imperativo uma constante atualização de conhecimentos teóricos e práticos com vista ao desenvolvimento de uma prática profissional sustentada, especializada e exigente, conduzindo à prestação de cuidados de saúde de qualidade. A formação permanente e pós-graduada, permite não só a renovação dos conhecimentos acima descritos mas também permite adquirir e desenvolver conhecimentos e competências, e potenciando assim o desenvolvimento pessoal e profissional, que terá repercussões na melhoria do desempenho profissional e da qualidade dos cuidados.

A aprendizagem em contexto clínico tem vindo a assumir um papel importante na formação graduada e contínua do enf^o. Assim, de acordo com Abreu (2007), *“a formação em contexto clínico faculta o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), integração de teoria e prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de modelos profissionais”*. Neste sentido, o EE assume um importante papel, sendo este responsável não só pela sua formação pessoal e profissional mas também pela identificação de necessidades formativas na equipa, o planeamento e a intervenção direcionada de forma a colmatar os défices diagnosticados e, por fim, a avaliar o impacto da sua atuação (OE, 2010). Assim, como futura EE e SIP, tentei ao longo deste estágio desenvolver algumas competências nesta área.

Competências desenvolvidas

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e profissional.

Atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica, de forma sistemática;
- Refletir sobre o papel da formação dos enfermeiros no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Reflexão

A prestação de cuidados de enfermagem ao RN/criança/jovem e família, nos diferentes contextos da prática clínica, apresenta-se como um desafio constante e diário, no qual o EE em SIP, se encontra melhor preparado para os enfrentar.

Apesar de possuir experiência profissional na prestação de cuidados de enfermagem a RNs/crianças/jovens em contexto hospitalizar de medicina ou cirurgia pediátrica, nos outros contextos como o caso dos cuidados de saúde primários (CSP) ou em contexto de urgência, não possui qualquer experiência profissional, pelo que as diversas situações apresentadas, pela sua complexidade, contribuíram para o processo de aprendizagem e formação pessoal e profissional. Conduzem a uma constante atualização e aquisição de novos conhecimentos, quer seja por observação direta e de forma crítica, quer pela pesquisa bibliográfica. Frequentemente, é necessário adequar os conhecimentos mais recentes produzidos pela investigação científica na prática assistencial de enfermagem, pelo que a partilha e discussão com os pares, de situações clínicas, em particular focos e intervenções de enfermagem, fundamentadas na evidência científica se tornou importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Deste modo, foi necessário aprofundar conhecimentos em algumas áreas específicas de modo a fundamentar e sustentar a minha prática profissional, como foi o caso do Programa Individualizado de Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP), a assistência ao RN em hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica, os cuidados ao coto umbilical, os cuidados à

criança/jovem com Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM 1) e a dor, cujo contributo será evidenciado ao longo deste documento.

No caso de outras temáticas na área da SIP, foi apenas necessário consolidar os conhecimentos teóricos e práticos e adequá-los ao contexto da prática assistencial em questão. Em contexto de CSP, houve necessidade de rever e consolidar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida. Nesta área é requerido um vasto leque de conhecimento que permita uma otimização de todas as competências do lactente/criança/jovem, não só a nível psicomotor, proporcionando um crescimento e desenvolvimento saudável e detetando desvios/atrasos no desenvolvimento, mas também a nível afetivo-social, através da promoção de estratégias que fortaleçam os laços afetivos com a família e comunidade. Neste contexto da prática clínica, foi-me proporcionada a possibilidade de colaborar em alguns projetos da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), como o Curso de Preparação Psicoprofilática para o Parto, Massagem Infantil e Recuperação Pós Parto e Educação Parental, sob a responsabilidade da Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Nestes projetos, tive oportunidade de assistir e colaborar mas também de dinamizar algumas sessões, de temas que também são da competência do EE em SIP, como seja a amamentação, os cuidados de higiene e conforto ao RN, a massagem infantil e a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida. Apesar das sessões já se encontrarem elaboradas, foi-me proporcionada a possibilidade de realizar a atualização dos conteúdos das referidas sessões, através da incorporação do conhecimento mais atual nas temáticas em questão. Foi ainda possível enriquecer uma das sessões com a introdução de um vídeo de como colocar o RN na cadeirinha de transporte e como a colocar no carro em segurança.

Em contexto de neonatologia, foi necessário a consolidação de conhecimentos no âmbito da assistência ao RN ventilado ou com *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), da assistência ao RN submetido a cirurgia de alto risco, sobre nutrição parentérica em neonatos, tendo sido fundamental para uma melhor assistência ao RN e sua família. No contexto de urgência, as situações urgentes/emergentes mais comuns em idade pediátrica conduziram a uma procura de informação e conhecimento por forma atuar no melhor interesse e benefício do

RN/criança/jovem e sua família. No que refere ao contexto de hospitalização no serviço de pediatria, houve necessidade de rever, atualizar alguns conhecimentos, versando alguns dos temas como: hospitalização da criança submetida a cirurgia e comunicação.

Assim, em todos os contextos do estágio procurei promover e atualizar conhecimentos, através da realização de pesquisa bibliográfica, recorrendo a bases de dados científicas, de forma, estruturar o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste sentido, como já tem vindo a ser referido, um aspeto fundamental no exercício da enfermagem em SIP, prende-se com a extrema necessidade de atualização contínua devido não só à constante e rápida evolução do conhecimento científico mas também pelas solicitações exigidas pelos pais/cuidadores, que se encontram cada vez mais informados, apesar de nem sempre corretamente, o que conduz a um esforço e investimento diários dos enf^{os}, que trabalham nestas unidades de forma a orientar os mesmos nos cuidados aos seus filhos.

Deste modo, posso afirmar que a partilha de experiências, dúvidas e receios e a reflexão crítica sobre a prática assistencial, com os enf^{os} tutores e restantes elementos das diferentes equipas de enfermagem e a realização de pesquisa bibliográfica, de forma sistemática, demonstraram ser importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Competências desenvolvidas:

- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Objetivo:

- Desenvolver competências do âmbito da formação de pares.

Atividades:

- Realizar sessão de formação a pares na área de SIP.

Reflexão

No estágio, em particular em dois módulos, no módulo I e no módulo II, foram identificadas algumas necessidades formativas quer por parte das equipas de enfermagem quer por mim. Foram várias as situações detetadas mas aquelas que se revelaram mais prementes incidiram sobre os focos de atenção de enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida e sobre dor em pediatria.

A identificação das necessidades formativas relativamente ao primeiro tema surgiu pela verbalização dos enf^{os} sobre a necessidade que sentiam em atualizar conhecimentos nessa área e pela minha constatação de uma oportunidade de melhoria das práticas dos enf^{os} em contexto de CSP.

No que refere ao tema da dor, este é um tema transversal em todos os contextos do estágio no entanto, este assumiu um papel mais relevante, no contexto do RN/criança/jovem hospitalizado, pois foi percecionada por mim, uma oportunidade de melhorar a utilização de instrumentos de avaliação da dor bem como a otimização da utilização de medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor.

Assim, perante as necessidades formativas identificadas foram realizadas duas formações de pares, a primeira realizada em contexto de cuidados de saúde primários cujo tema foi “Os focos de atenção de enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida” (Anexo 1), a segunda, foi realizada em contexto de hospitalização do RN/criança/jovem e subordinada ao tema “Dor em Pediatria” (Anexo 2).

Neste sentido, ambas as formações foram elaboradas tendo em consideração a linguagem CIPE® (2011). Esta linguagem pretende uniformizar a comunicação entre enf^{os}, entre estes e os decisores políticos, além de permitir a utilização e o tratamento de dados e a utilização de informações para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, orçamentos financeiros,

análise dos resultados das intervenções planeadas e desenvolvimento de políticas de saúde implementadas (International Council of Nurses, 2009).

No que respeita à sessão de formação “Os focos de atenção de enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”, foram abordados os focos: febre, diarreia, vómitos, obstipação, limpeza das vias aéreas e icterícia neonatal, onde se apresentou as definições dos mesmos, as estratégias a adotar em contexto de ambulatório, a identificação de necessidades de ensino aos pais/cuidadores e quais as situações em que se deve referenciar para a urgência hospitalar. A avaliação da sessão, foi realizada através da aplicação de um questionário e da interação/feedback durante a formação; as críticas foram bastantes positivas, tendo sido salientado pelos enf^{os} que ficaram mais alertas para a vigilância destes focos de atenção, em particular o da febre, que suscitou mais dúvidas e discussão; a referência ao tempo da sessão considerando-o como insuficiente e o aprofundamento dos conteúdos relativos aos primeiros 3 meses de vida, foram os únicos aspetos assinalados como passíveis de serem melhorados.

Relativamente à sessão de formação “Dor em Pediatria”, foram abordados aspetos como as dimensões da dor, os pressupostos, a história de dor, a avaliação da intensidade, e as escalas de avaliação da dor bem como medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio e controlo da dor de acordo com a faixa etária, e estratégias complementares. Nesta sessão esteve presente um número muito reduzido de enf^{os}, defraudando as minhas expectativas. Enquanto formadora, penso que a sessão correu bem, tive uma atitude correta e assertiva, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências pedagógicas.

1.2 Domínio da Investigação

A OE (2006), assume que, “*a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, a prevenção da doença, o cuidados à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena*”. Assim, pode-se afirmar que a principal finalidade da investigação em

enfermagem é responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão de enfermagem (Polit, DF; Beck, CT, 2011), conduzindo assim à descoberta e ao desenvolvimento dos saberes próprios da disciplina de enfermagem (Fortin,MF, 2009).

Neste domínio, o EE assume um papel preponderante no desenvolvimento da investigação em enfermagem e na comunicação e discussão dos resultados obtidos, de forma a melhorar as práticas de enfermagem.

Competências desenvolvidas:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objetivos:

- Mobilizar o conhecimento científico, incorporando-o na prática assistencial;
- Desenvolver a partilha de conhecimento científico em enfermagem.

Atividades:

- Discutir com a equipa de enfermagem a identificação de necessidades e focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, de acordo com o conhecimento científico mais recente;
- Refletir sobre as implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Reflexão

A investigação em enfermagem, é de extrema importância, pois através desta há produção e renovação contínuas do corpo de conhecimentos da disciplina e da profissão de enfermagem. De acordo com o REPE (1996),no nº5 do artigo 9º, *"os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de*

investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral". Os enf^{es} estão cada vez mais empenhados em satisfazer as necessidades dos seus utentes com cuidados de enfermagem de qualidade. Estes implicam um processo de tomada de decisão que se deve basear na evidência científica. Deste modo, é de extrema importância que a assistência de enfermagem ao RN/criança/jovem e sua família tenha como base o conhecimento científico e a reflexão crítica sobre a prática.

Neste sentido, a investigação em enfermagem, torna-se uma prioridade na disciplina e profissão da enfermagem, quer seja na área da formação quer na prestação de cuidados, com vista à excelência dos mesmos. Desta forma, o EE tem não só o dever de procurar uma atualização de conhecimento de forma a sustentar a sua prática, recorrendo ao saber científico mas também o dever de produzir conhecimento. É da responsabilidade do EE, estimular a equipa de enfermagem para a procura e produção de novo conhecimento científico.

A procura e produção de conhecimento em enfermagem são de extrema relevância no entanto a mobilização, integração e incorporação do conhecimento adquirido na prática assistencial, é importante de forma a responder apropriadamente às necessidades identificadas. Estas foram algumas das atividades por mim desenvolvidas com vista a tomar decisões fundamentadas no conhecimento científico, apoiando a prestação de cuidados.

Promovi a divulgação dos resultados provenientes da investigação em enfermagem, pesquisando artigos de interesse para os diversos contextos de estágio, partilhando essas informações e colocando-os ao dispor das equipas de enfermagem.

Como já foi referido no domínio anterior foi necessário realizar um aprofundamento de determinados temas da prática de enfermagem em SIP, no sentido de sustentar e fundamentar a prática assistencial mas também de prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao RN/criança/jovem e família.

Durante o módulo III, contexto de neonatologia, foi possível conhecer um pouco do Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP), que tem vindo a ser desenvolvido naquela unidade de saúde. Este programa, foi inicialmente concebido numa tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) no RN prematuro, visando a

promoção do cuidado neuropsicomotor do RN prematuro (Santos, A, 2011; Tamez, RN, 2013).

O ambiente da UCIN representa para os RNs, um momento de separação dos pais, excesso de estímulos e a sujeição a experiências de procedimentos invasivos e dolorosos, interrupções frequentes do ciclo de sono. Estas situações diferem do que seria esperado para o desenvolvimento normal do sistema nervoso central, podendo conduzir a alterações significativas e ao comprometimento cerebral (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011; Tamez, RN, 2013).

Apesar dos avanços nas UCIN, os procedimentos invasivos a que os RNs estão sujeitos colocam-nos sob o risco de comprometimento de vários órgãos e ao desenvolvimento de morbilidades como doença pulmonar crônica ou displasia broncopulmonar, hemorragia intra-ventricular, retinopatia da prematuridade, enterocolite necrosante entre outras. Períodos prolongados de sono difuso, choro inconsolável, alterações bruscas do fluxo sanguíneo devido às rotinas, mudanças de posicionamento, manipulação excessiva, procedimentos invasivos, ambiente ruidoso e luminoso, impossibilidade de mamar e diminuição de interação social, provocam efeitos nefastos ao nível cerebral e parecem provocar alterações no desenvolvimento (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011).

Assim, o NIDCAP foi desenvolvido como uma estratégia para dar resposta às preocupações relativas ao impacto negativo que o ambiente das UCIN têm nos RNs prematuros. Ao longo do tempo, o conceito foi alargado para englobar, além dos aspetos físicos do ambiente, todos os procedimentos do cuidar bem como os aspetos sociais. Este modelo tem em vista gerar uma relação que se baseie num ambiente de suporte para o RN e família, sendo que as interações relativas aos cuidados prestados e ao ambiente, terão em conta os subsistemas do RN (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011).

Neste modelo, o RN é visto como tendo um papel ativo no seu próprio cuidado no sentido de continuar o caminho do desenvolvimento fetal iniciado no útero. Assim, considera-se que as respostas fisiológicas e comportamentais do RN fornecem as melhores informações para a conceção dos cuidados. Permite a elaboração de um plano de cuidados que melhore e fortaleça o RN e que sirva de suporte em situações vulnerabilidade. O objetivo deste programa é a melhoria a

longo prazo das consequências da prematuridade no RN e sua família (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011).

Os principais pilares do NIDCAP são: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar e cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados e o planeamento para 24 horas; posicionamento adequado; contacto pele-a-pele; conforto para a família (Santos, A, 2011).

A coordenação implica a compreensão e o conhecimento do desenvolvimento do RN, dos pais/família, da história atual da doença bem como os seus efeitos no desenvolvimento do RN. É necessário ainda a colaboração da equipa multidisciplinar na implementação dos cuidados ao RN e pais/família. Todos os profissionais envolvidos nesta metodologia assumem o compromisso de formação pessoal, de autoconhecimento e maturidade emocional (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011).

A avaliação implica uma observação atenta dos sinais comunicativos do RN antes, durante e após a prestação de cuidados. Esta observação e o registo da mesma fornece informações que descrevem as forças do RN, suscetibilidades, limiares de *stress* e os seus esforços de autorregulação. Estas informações, por sua vez, fornecem dados para a elaboração dos objetivos do RN tendo em consideração as suas respostas aos cuidados prestados, à interação e ao ambiente conduzindo assim, a uma melhoria na concretização dos objetivos do RN, aumento das suas forças e a redução do seu *stress* comportamental (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011).

O meio ambiente na UCIN ruidoso e luminoso é extremamente nefasto para o RN. Alguns dos efeitos fisiológicos do ruído incluem a alteração da frequência cardíaca, hipertensão arterial, diminuição na saturação de oxigénio e apneia, o aumento da pressão intracraniana, e possíveis danos cocleares quer pelo ruído quer pelo uso simultâneo de fármacos ototóxicos. A audição está ligada ao sistema alerta, sendo fundamental para a sobrevivência, pois prepara o indivíduo para reagir face ao som de perigo. Os elevados níveis de ruído na UCIN podem dificultar regulação dos ciclos de sono-vigília, importantes para um desenvolvimento adequado do sistema nervoso central. Por sua vez, a contínua e excessiva luminosidade é um fator de *stress* para o RN internado na

UCIN pois apresenta menos defesas em relação à luz ambiente. Apesar de algumas controvérsias, é recomendado por alguns peritos a utilização dos ciclos dia/noite na UCIN no sentido de beneficiar o desenvolvimento do RN (Santos, A, 2011; Tamez, RN, 2013).

O agrupamento de cuidados e o planeamento para 24 horas implica que toda a equipa conheça o programa de cuidados concebido para o RN e que o plano de cuidados seja elaborado entre a equipa e com os pais/família, tendo em consideração as necessidades reais do RN. Os procedimentos que possam provocar *stress* devem ser realizados em dupla (no qual um assiste às necessidades do RN e o outro realiza o procedimento) numa colaboração entre médicos, enfermeiros e família. Os cuidados devem ser agrupados de modo a respeitar os ciclos de sono-vigília, realizando os procedimentos de acordo com as necessidades do RN tentando mantê-lo organizado. Deve ser garantido um período mínimo de 60 minutos de tranquilidade após os procedimentos sem manuseamento ou estimulação. As atividades a realizar devem ser planeadas com antecedência para evitar interrupções, o meio ambiente deve estar organizado e antes da manipulação do RN, deve-se observá-lo e sinalizá-lo de que este vai ser manipulado (utilizando um tom de voz suave e o toque com contenção), utilizar as pausas que forem necessárias para a organização comportamental do RN (Santos, A, 2011).

Os cuidados posturais visam minimizar o gasto de energia, e a promoção do equilíbrio entre os movimentos de flexão e de extensão do RN. Algumas técnicas de posicionamento podem incluir posturas em flexão com alinhamento da cabeça com o corpo e os membros junto ao corpo do RN durante o repouso e a manipulação. A utilização de rolos de forma a manter o corpo contido e em íntimo contacto com todo o corpo, é aconselhado, evitando membros fora da contenção. A posição ideal para o RN é o decúbito lateral ou vulgarmente denominada por posição fetal, se a situação clínica do RN o permitir (Santos, A, 2011).

O contacto pele-a-pele ou a técnica do Canguru é dos principais pilares dos cuidados centrados no desenvolvimento e que será explorada mais à frente neste capítulo (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011).

No que refere ao conforto à família deve-se assegurar aos pais que estes são os principais cuidadores da criança, que são quem dá carinho e afeto, fatores essenciais para o desenvolvimento do RN. A organização e planificação dos cuidados devem incluir oportunidades de interação entre o RN e os pais/família. O ambiente da UCIN deve proporcionar o acompanhamento dos pais, em vez destes serem considerados visitantes. Deve-se ainda preconizar e estimular a amamentação, a redução do nível de *stress* decorrente da prematuridade, a diminuição da ocorrência de depressão pós-parto, pois estes são fatores altamente favorecedores da teoria de manter a mãe e o RN sempre juntos (Santos, A, 2011).

Assim, a observação atenta e pormenorizada do comportamento do RN aparenta ser o melhor guia para os profissionais de saúde promoverem de forma contínua os cuidados individualizados de suporte adaptados ao seu desenvolvimento. A integração da abordagem do NIDCAP na UCIN diminui as complicações iatrogénicas provenientes do ambiente envolvente, visto que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde. Assegurar uma qualidade de vida apropriada é reconhecido como responsabilidade dos profissionais das UCIN que asseguram a sobrevivência destas crianças (Als, H, McAnulty, GB, 2011; Santos, A, 2011).

Uma vez que este programa não está completamente implementado na unidade de saúde em questão, tive necessidade de adequar os resultados provenientes da minha pesquisa à realidade da unidade. Pude prestar cuidados de enfermagem individualizados e centrados no desenvolvimento do RN, monitorizei os sinais vitais e comportamentais com vista à promoção da organização do comportamento e bem-estar durante o manuseamento do RN. Ações como chamar suavemente pelo nome do RN e a colocação da mão de forma suave sobre o corpo do RN, como forma de aviso de intenção de o manusear, suaviza a interrupção brusca do seu descanso. Além destes aspetos, pude organizar os cuidados de modo a agrupar o maior número de intervenções no sentido de evitar o manuseamento excessivo do RN, respeitando o período mínimo de sono de 60 minutos, de forma a permitir um ciclo de sono completo. Os RNs de alto risco, de acordo com Hockenberry, MJ, Wilson, D, (2011), precisam de períodos de descanso programados, durante os quais a luminosidade deverá ser reduzida, as incubadoras são cobertas por mantas e estes não são perturbados pelo

manuseamento excessivo. Além do já referido aqui, alguns dos cuidados de enfermagem por mim realizados passaram pela redução das atividades geradoras de ruído, como o falar alto, o fecho das portas das incubadoras e o manuseamento dos equipamentos (por exemplo: evitar colocar material em cima da incubadora).

Outra das áreas onde foi necessário aprofundar os meus conhecimentos e incorporá-los e adequá-los à prática assistencial, foi os cuidados ao coto umbilical do RN. Estes foram transversais a todos os módulos do estágio, quer em contexto de CSP quer em contexto de internamento.

Estes cuidados são de extrema relevância pois o RN está suscetível às infeções devido à imaturidade do seu sistema imunitário, pela exposição a microrganismos no canal vaginal durante o parto. Estão expostos nos primeiros dias de vida a vários agentes patogénicos, sendo que muitas das vezes, estes agentes são transmitidos através do contacto pelos pais/cuidadores. Os RNs prematuros, RNs que sofreram de asfixia ou de outra situação de risco, estão mais suscetíveis a contraírem uma infeção durante o período neonatal. Em particular, o RN prematuro tem uma pele mais fina e vulnerável, e frequentemente tem um elevado risco de sofrer de dificuldade respiratória e portanto está sujeito a intervenções invasivas que por sua vez são uma porta de entrada para os agentes patogénicos. Quer se trate de RNs de termo ou pré-termo, todos apresentam o coto umbilical como uma das áreas mais vulneráveis de infeção (Goldenberg, RL, McClure, EM, Saleem,S, 2013).

Ao longo do tempo têm vindo a ser efetuados vários estudos, recorrendo a diversas metodologias mas com o objetivo de reduzir a incidência de infeções neonatais. Algumas medidas como o uso de kits esterilizados durante o nascimento de forma a providenciar um ambiente estéril para o RN até à lavagem higiénica das mãos dos pais/cuidadores, tendo vindo a demonstrar uma significativa redução de infeções neonatais bem como da mortalidade (Goldenberg, RL, McClure, EM, Saleem,S, 2013).

Em 1998, a World Health Organization (WHO), recomenda que após um parto hospitalar, se o RN ficar junto mãe e esta for a principal prestadora de cuidados e se existir uma taxa baixa de infeções cutâneas, a aplicação de antissépticos não será necessária. Pelo que, a manutenção do coto umbilical limpo sem a aplicação de nenhum produto e a sua exposição ao ar ou livremente coberto

com roupas limpas, e no caso de ficar sujo com urina ou fezes a limpeza com água e sabão serão suficientes (Karumbi, J, Mulaku, M, Aluvaala, J, English, M, Opiyo, N. 2013). A utilização de antissépticos tópicos está recomendada em situações onde as condições de higiene são deficitárias e existe um elevado risco de infecção (Karumbi, J, Mulaku, M, Aluvaala, J, English, M, Opiyo, N, 2013).

Neste sentido, apesar das recomendações da WHO, foram sendo realizados estudos que concluem que a aplicação tópica no coto umbilical de inúmeras substâncias, quer sejam antissépticos ou antibióticos, não reduz a incidência de infecções ou da mortalidade quando comparadas com a limpeza e secagem do coto umbilical (Zupan J, Garner P, Omari AAA. 2007; Karumbi, J, Mulaku, M, Aluvaala, J, English, M, Opiyo, N, 2013).

No módulo I, durante as sessões de preparação para o parto, no tema de cuidados de higiene e conforto ao RN, é abordado o temática da higiene do coto, e os ensinamentos, instrução e treino são de acordo com as evidências científicas mais recentes, ou seja, pela pesquisa realizada anteriormente, não é aplicado qualquer antisséptico, apenas realizada a lavagem e secagem do coto e o uso de roupas livres e limpas. No entanto, alguns pais e cuidadores questionaram o porquê de não se utilizar algum antisséptico pois leram em alguma fonte de informação menos atualizada ou lhes foi dito por familiares. Nestes casos, foi importante para mim, estar bem informada e poder informar corretamente os pais/família, sendo que estes não estavam de todo errados mas que no contexto atual, as medidas ensinadas seriam as mais corretas.

Em contexto de neonatologia, visto que a maioria dos RNs se encontra em incubadora são realizados os mesmos cuidados mas o RN em muitas das situações encontra-se despido pelo que o coto fica livre ao ar.

No módulo II, em contexto de internamento de pediatria, tive oportunidade de prestar cuidados a RNs e mais uma vez foi necessário esclarecer alguns pais/famílias de que a estratégia mais adequada seria a lavagem com água e sabão e posterior secagem. Esta situação, foi por mim percebida como uma oportunidade de melhoria das práticas nos cuidados de enfermagem, sendo que partilhei e discuti com as tutoras e restante equipa as vantagens e desvantagens destes cuidados. Para tal, foi fundamental estar bem fundamentada de forma a sustentar os argumentos apresentados, pelo que a pesquisa realizada foi essencial e crucial.

Assim, a minha procura contínua da excelência no exercício profissional neste contexto da prática, implicou um trabalho contínuo de pesquisa, revisão e utilização do conhecimento na prática de cuidados, pelo que permitiu o desenvolvimento competências diferenciadas no âmbito da investigação científica.

1.3 Domínio da Gestão

A gestão é articulação de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, apurando custos com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços que são prestados (Chiavenato, I, 2006). Neste sentido, os colaboradores de uma instituição, em particular, o EE, assume um papel fundamental, possibilitando o funcionamento com qualidade e de acordo com os valores da instituição, de gestão de recursos humanos, materiais, de informação, logística e ainda a gestão da qualidade dos cuidados prestados, indispensáveis para o regular funcionamento da unidade de saúde. Deste modo, é necessário a excelência na gestão em enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde, no qual o EE, tem um papel preponderante. A gestão em enfermagem tem assumido um papel primordial na articulação entre os profissionais da equipa que, para além de organizarem a prestação dos cuidados, procuram realizar tarefas necessárias no sentido de satisfazer as necessidades dos utentes (Spagnol, CA, 2005). Desta forma, pode-se afirmar que gerir é também cuidar dos outros e prestar cuidados de saúde de qualidade.

Competências desenvolvidas:

- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
- Colaborar na integração de novos profissionais.

Objetivos:

- Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional bem como os recursos humanos e materiais nas unidades de saúde;
- Participar no processo de integração de novos profissionais;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro na gestão dos cuidados de enfermagem nos diferentes contextos.

Atividades:

- Conhecer os recursos humanos, materiais, físicos e de informação das unidades em questão;
- Consultar guias, protocolos, procedimentos e normas dos serviços;
- Observar a EE em SIP na organização do trabalho a realizar;
- Identificar as prioridades de intervenção atribuídas;
- Zelar pela adequada utilização dos equipamentos e consumíveis;
- Estabelecer a articulação com outros recursos das unidades e da comunidade;
- Cooperar com as equipas na integração de novos profissionais;

Reflexão

A gestão adequada de cuidados de enfermagem, liderar, saber delegar e supervisionar são características no âmbito da gestão que, o EE em SIP deverá possuir. Neste sentido, os colaboradores de uma instituição, em particular, o EE, assume um papel fundamental, possibilitando o funcionamento com qualidade e de acordo com os valores da instituição, de gestão de recursos humanos, materiais, de informação, logística e ainda a gestão da qualidade dos cuidados prestados, indispensáveis para o regular funcionamento das unidades de saúde. Deste modo, quando se integra uma equipa, quer seja como funcionário quer seja como estudante, é importante compreender a estrutura organizacional da instituição e a sua forma de funcionamento, no sentido de trabalhar em equipa multiprofissional.

Nas diferentes unidades nas quais se desenvolveu o estágio, pode observar também os diferentes métodos de organização para a prestação de cuidados adotados pelas equipas de enfermagem, os estilos de liderança, a valorização das

aptidões e motivações de cada elemento e o incentivo para uma melhoria contínua dos cuidados prestados.

Em contexto de CSP e de neonatologia, pude comprovar a existência de protocolos ou normas de atuação, que ajudam a orientar o planeamento dos cuidados de enfermagem como era o caso da organização da consulta de SIJ, da vacinação, o da supervisão clínica, protocolo de hipotermia, normas/procedimentos em situações de dor no RN, programa NIDCAP e protocolo de planeamento do regresso a casa. Por outro lado, em contexto de urgência pediátrica e de internamento em pediatria, não foi possível comprovar a existência de normas ou protocolos, mas foi possível aceder a documentos com orientações como é o caso da tabela com a contagem de hidratos de carbono (Anexo 3). A existência de protocolos ou normas visam a melhoria contínua da qualidade clínica e obriga a que sejam baseadas na mais recente produção científica e sujeitas a apreciação crítica. Estas deverão estar acessíveis a qualquer momento, possibilitando uma consulta rápida em momentos de esclarecimento para os profissionais e permitir uma uniformização de práticas por todos os profissionais, transmitindo segurança e confiança à família.

A articulação entre os diferentes serviços quer seja intra ou inter-hospitalar ou com os recursos da comunidade, é de extrema relevância para crescimento e desenvolvimento RN/criança/jovem e família. No caso dos CSP, o papel do EE em SIP, com conhecimentos diferenciados para a deteção de situações de risco na infância e adolescência ou comprometimento do crescimento e desenvolvimento, é fundamental e revela-se essencial na prática diária. A partir desta identificação, que constitui por vezes a fase mais difícil, o encaminhamento nas diferentes unidades de saúde, é ágil e eficaz, sinalizando as crianças/jovens para a Equipa Local De Intervenção (ELI), no qual está integrado na Intervenção Precoce na Infância (IPI), para o Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) ou para o hospital da área de referência.

No decorrer do módulo I, tive oportunidade de encaminhar para o NACJR, uma situação detetada por um colega de EESMO, mas cujo encaminhamento ou tentativas de resolução não estavam a ter sucesso. Uma mãe que frequentava o curso de massagem infantil da UCC, tinha um filho que frequentava o 1º ciclo do ensino básico e que estaria a ser vítima de *bullying* por parte da professora. A mãe já tinha recorrido à associação de pais e à diretora do agrupamento de escolas,

contudo a situação teria agravado. Naquele momento, foi perceptível a importância dos meus conhecimentos, enquanto futura EE em SIP, relativamente aos sinais de alerta da criança como o caso de comportamentos de regressão que o filho estava a demonstrar, da gravidade da situação, e da gestão de toda a informação e dos recursos disponíveis. Esta não foi a única situação na qual pude intervir, houve dezenas de situações quer no âmbito da IPI quer do NACJR, no qual o papel do EE em SIP é determinante não só para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e possíveis atrasos no mesmo mas também para o planeamento das intervenções e estratégias a adotar.

Uma vez que o enfº tutor, no módulo I do estágio, fazia parte integrante da ELI, foi possível acompanhar várias crianças e suas famílias nas diferentes fases do processo desde a identificação das crianças e famílias imediatamente elegíveis para o Sistema de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI); encaminhamento de crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; na elaboração e execução o Plano Individual Intervenção Precoce em função do diagnóstico da situação; na identificação de necessidades e recursos das comunidades das áreas de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; na articulação, nos casos que se justificava, com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil (e apenas houve uma situação em que foi articulado com a CPCJ e outra situação na qual a CPCJ interveio sem a articulação prévia da ELI); nas situações em que houve transição para outros contextos educativos, foi necessário assegurar, para cada criança, processos de transição adequados; e a articulação com os docentes das creches e jardins -de-infância em que se encontram colocadas as crianças integradas em IPI. Este destina-se apenas a crianças até aos 6 anos de vida e com: “ *«Risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo» qualquer risco de alteração, ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social;*” ou “ *«Risco grave de atraso de desenvolvimento», a verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança*” (Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro).

Mais uma vez, se demonstra que é necessário ter competências de gestão, visto que o enfº, é um elemento fundamental nas diferentes equipas multiprofissionais que integra, como o caso da Unidade de Saúde Familiar (USF) ou da UCC mas também nas situações em que integra projetos multidisciplinares.

Além de integrar a ELI, o enfº tutor, também integrava o NACJR, e mais uma vez, foi possível participar das atividades do NACJR, desde a articulação e cooperação com outros serviços e instituições, nomeadamente da comunidade, na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização das crianças e jovens em risco para a CPCJ e tribunais. Cabe ao elemento do NACJR, gerir as informações recebidas e recolher mais informações, organiza-las e dar o devido encaminhamento de cada situação.

Apesar do EE em SIP fazer parte de uma equipa multidisciplinar, no caso da ELI e do NACJR, é notório o papel relevante que este têm em gerir as informações, as estratégias e intervenções junto da restante equipa, no sentido do benefício e do interesse da criança. Certamente, o EE em SIP, é um elemento fundamental nestas equipas, já que detém o conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem nas suas vertentes física, social, psicológica, moral, cultural, constituindo-se como o elo de ligação entre os outros elementos da equipa.

Como já tem vindo a ser referido, a articulação entre os diferentes serviços quer seja intra ou inter-hospitalar ou com os recursos da comunidade, é de extrema relevância para crescimento e desenvolvimento RN/criança/jovem e família. No caso da UCIN, o pedido de apoio de serviços internos é solicitado informaticamente através do sistema de informação e registo médico SAM®, sendo a resposta na maioria das vezes rápida e eficaz. Os serviços inter-hospitalares são requeridos telefónica e informaticamente. Nesta última situação, é de salientar a articulação com o Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), através do qual a maioria do RNs é transportado de outra unidade hospitalar para o Hospital de São João (HSJ).

No SUP, é importante a articulação com outros serviços intra-hospitalares, bem como, a articulação com outras unidades de saúde como é caso do HSJ, para onde são transferidas RNs/crianças/jovens e respetivas famílias, em situações que os cuidados de saúde necessários não podem ser providenciados na unidade de saúde em que foram recebidos primeiramente.

No caso do serviço de internamento de pediatria, o pedido de apoio de serviços internos é solicitado informaticamente, sendo que a resposta na maioria das vezes rápida e eficaz. Os serviços inter-hospitalares são requeridos via telefónica e informaticamente.

Em todos os contextos, a articulação com os recursos existentes na comunidade como caso da o NACJR ou a CPCJ, em situações de negligência ou maus tratos, envolve uma abordagem multidisciplinar, implicando a atuação de médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga e que é transversal aos diferentes contextos do estágio.

Como na maioria das unidades de saúde, pude verificar frequentemente que o EE tem um papel muito próximo dos órgãos de chefia, sendo que por vezes são delegadas funções de gestão neste elemento. Deste modo, o EE tem um papel importante na gestão de informação, de recursos humanos e materiais, das estratégias e intervenções junto da restante equipa, no sentido do benefício e do interesse do RN/criança/jovem e família, sendo um elo de ligação à restante equipa.

Durante o estágio não foi possível acompanhar o processo de integração de novos profissionais na sua totalidade contudo foi possível participar em parte deste processo. O momento de integração de um novo membro na equipa ou a integração de um elemento pertencente à equipa mas que passará a desempenhar funções num novo serviço, deverá ser preparado de forma antecipada e cuidadosa e orientado para que, no mais breve espaço de tempo possível, este elemento se sinta preparado e capaz para desempenhar as suas funções dentro da equipa e novo serviço, de forma autónoma.

Durante o período de estágio no SUP houve oportunidade de acompanhar parte de um processo de integração de um novo elemento que passaria a desempenhar funções no SUP. Este elemento já desempenhava funções no serviço de internamento de pediatria mas iria iniciar funções no SUP. Assim, apesar de estar a estagiar naquele serviço à pouco tempo, pude não só observar como estava a ser realizado o processo de integração mas também participei de forma discreta, dando algumas orientações no que refere à triagem e sobre a assistência de enfermagem em alguns focos da prática de enfermagem no SUP. Na minha opinião, a integração de novos elementos deverá ser preparada de forma antecipada, no sentido de dar resposta às dificuldades do novo elemento e tendo em consideração o tempo necessário para a adaptação deste novo elemento num

ambiente diferente. A existência de um manual de integração, é um facilitador da adaptação e integração de novos elementos, reunindo um conjunto de informações fundamentais ao bom funcionamento das unidades.

É de referir, que ao longo do estágio, nos diferentes contextos, pude constatar que o EE em SIP constitui um elemento-chave nas diferentes equipas de enfermagem, uma vez que é frequentemente solicitado pelos restantes elementos da equipa de enfermagem bem como por elementos da equipa multidisciplinar, para esclarecimento de dúvidas relativamente a intervenções de enfermagem e no aconselhamento na tomada de decisões no que respeita ao RN/criança/jovem e sua família, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

O papel de gestor exige ao enf^o, o desenvolvimento e a utilização de competências relacionadas com a gestão recursos humanos, físicos, materiais e de informação, bem como na gestão, supervisão e coordenação dos cuidados de enfermagem garantindo os padrões de qualidade dos cuidados.

Esta é uma área na qual foi necessário investir pois possui pouca experiência profissional nesta área e o futuro antevê que como futura EE em SIP, poderei assumir alguns dos papéis mencionados. Deste modo, durante o estágio foi possível acompanhar os EE em SIP, no sentido de aprofundar conhecimentos e desenvolver novas competências, através da observação da sua atuação e da reflexão crítica. Julgo que esta experiência me proporcionou oportunidades de aprendizagem valiosas e de aquisição de conhecimentos, para exercer no futuro com sucesso e competência as funções de EE, nesta área.

1.4 Domínio da Prestação de Cuidados

O EE atua em diversas áreas como tem vindo a ser relatado e descrito neste documento, contudo e de acordo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2010), a sua performance como especialista deverá ser mais evidente na prestação de cuidados a um nível avançado, com segurança, competência e satisfação do RN/criança/jovem e sua família, procurando responder às necessidades dos mesmos assim como trabalhar no sentido de um melhor custo efetivo e gestão da segurança do cliente.

Competências desenvolvidas

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Objetivos:

- Conhecer a metodologia de trabalho das unidades de saúde;
- Integrar as diferentes equipas multidisciplinares das unidades de saúde;
- Colaborar nos projetos implementados pelas equipas multidisciplinares.

Atividades:

- Conhecer os métodos de organização da prestação de cuidados das unidades de saúde;
- Identificar o modelo de enfermagem adotado nas diferentes unidades de saúde;
- Colaborar na dinamização de dias comemorativos.

Reflexão

As metodologias de trabalho adotadas nas diferentes unidades, são diversificadas e ajustadas à realidade de cada unidade. Nos CSP, o modelo de trabalho adotado é o de enf^o de família. Este é um modelo de organização de cuidados, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade. Como vantagens são apontadas a responsabilização do enf^o por um conjunto de famílias e as possíveis parcerias com as instituições, a acessibilidade a cuidados de saúde globais, contínuos e integrados, a implicação de um trabalho de equipa transdisciplinar de forma a responder às necessidades das famílias e a prestação de cuidados globais, de maior proximidade e integralidade (Ferreira, L, 2010). Relativamente ao método de organização para a prestação de cuidados é o método individual. Este método caracteriza-se pelo facto de o enf^o assumir total responsabilidade pela satisfação das necessidades dos utentes a si designados. É conferida autonomia e responsabilidade ao enf^o na gestão dos cuidados de enfermagem a prestar. Por outro lado, em contexto de urgência, o método de

trabalho é o método funcional, este é um modo de organizar os cuidados no qual o trabalho é dividido em tarefas e cada enf^o é responsabilizado pela realização dessas mesmas tarefas. Este método adequa-se à realidade do contexto de urgência, uma vez que à medida que vão surgindo a identificação das necessidades das crianças/jovens/família bem como das prescrições médicas, essas tarefas, procedimentos vão sendo executados por um enf^o, sendo este responsável pela sua execução. No caso da UCIN e internamento de pediatria, foi utilizado o método individual no qual são distribuídos utentes pelos enf^{os}, e estes têm autonomia e responsabilidade para satisfazer as necessidades dos mesmos. Além disto, existiu o cuidado de manter os enf^{os} com os mesmos utentes durante o máximo de turnos possível, visando a continuidade dos cuidados e a continuidade de enf^{os}. Na minha perspectiva os métodos de trabalho que pude verificar nas diferentes unidades de saúde, encontram-se adequados à realidade e especificidade de cada serviço e de cada instituição.

Em todos os contextos do estágio, pude comprovar que o modelo de enfermagem adotado é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1988, 1995). Este modelo consiste na prestação de cuidados especializados pelo enf^o e o incentivo na prestação de cuidados básicos por parte da família, estes cuidados são aqueles que a família presta diariamente ao RN/criança/jovem saudável, sendo denominadas por cuidados familiares. Apesar de serem definidos cuidados prestados pelo enf^o e cuidados prestados pela família, este modelo defende que o enf^o poderá prestar cuidados familiares no caso da ausência de familiares e que estes, por sua vez, quando ensinados, instruídos e treinados, poderão prestar cuidados que seriam prestados pelo enf^o. Este modelo adequa-se no contexto de prestação de cuidados ao RN/criança/jovem, visto que, valoriza o papel da família como o principal cuidador e a relação entre família e RN/criança/jovem (Shields, L, 2011; Farrell, M, 1992).

Ainda dentro da assistência de enfermagem tive a oportunidade de colaborar na dinamização dos dias comemorativos, Dia da Mãe (Anexo 4) e Dia da Criança (Anexo 5), estes dias comemorativos servem para lembrar os cidadãos de marcos históricos, de conquistas de direitos como é o caso destes dias. Neste âmbito, foram dinamizados os dias acima referidos com atividades diferentes.

Assim, posso afirmar que apesar das diferentes metodologias de trabalho, consegui integrar as diferentes equipas de saúde multidisciplinar, bem como os

projetos implementados e prestar cuidados de enfermagem de qualidade e excelência.

Competências desenvolvidas:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

Objetivos:

- Assistir o RN/criança/jovem e família segundo a metodologia do processo de enfermagem;
- Promover o espírito reflexivo e a tomada de decisão exercitando o treino de competências, relacionais e cognitivas na área da SIP.

Atividades:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN/criança/jovem e família;
- Realizar o acolhimento do RN/criança/jovem e família;
- Identificar os focos de enfermagem sensíveis à prática de enfermagem;
- Elaborar o planeamento de cuidados de forma sistemática de acordo com as necessidades e diagnósticos de enfermagem identificados;
- Avaliar as intervenções de enfermagem de acordo com os resultados esperados;
- Efetuar registos dos cuidados nos sistemas de informação em vigor;
- Analisar os métodos de resolução de problemas instituídos e sua eficácia;

- Realizar vacinação a crianças e jovens;
- Contribuir para o cumprimento do PNV;
- Refletir de forma crítica e sistemática sobre as estratégias desenvolvidas pelo EE em SIP.

Reflexão

O processo de enfermagem é uma metodologia científica empregue na prática assistencial da enfermagem de forma a satisfazer as necessidades do utente, a promoção da saúde, o bem-estar, a readaptação funcional e a prevenção de complicações (Castro,M, 2012). Neste sentido, o enf^o identifica necessidades com base nos julgamentos sobre os fenómenos humanos específicos, elabora um plano de cuidados, onde constam intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde.

Ao longo dos diferentes módulos do estágio, esteve sempre presente na minha prestação de cuidados, a metodologia do processo de enfermagem. Desde a colheita de dados através da informação fornecida quer por profissionais, família mas também pela observação direta do utente/família no sentido de identificar as necessidades e consequentemente elaborar os diagnósticos de enfermagem. A partir destes, a planificação dos cuidados de enfermagem, com base numa negociação com o utente/família, com o fim de otimizar o estado de saúde do RN/criança/jovem e a promoção da saúde. Por fim, há uma necessidade de avaliar os resultados das intervenções executadas, com vista a uma redefinição/continuação do plano de cuidados, a preparação para alta e a articulação com outros recursos da comunidade.

Assim, durante a assistência de enfermagem ao RN/criança/jovem e família, nos diferentes contextos, geri os cuidados de enfermagem e tomei decisões de acordo com prioridades e necessidades individuais de cada RN/criança/jovem e sua família.

Durante o módulo I, foi possível verificar que a consulta de SIJ é a área em que a EESIP é importante e o EE nesta área é frequentemente solicitado a colaborar com outros elementos da equipa. Apesar do modelo do Enfermeiro de Família, como já referido antes, ter diversas vantagens, no que se refere a uma área de atuação mais específica como é o caso da SIJ, é solicitado o apoio do EE que, de forma pontual, colabora tanto em contexto de consulta, como no

planeamento da atuação em situações mais complexas ou no contexto comunitário como é o caso das escolas.

Assim, os conhecimentos por mim adquiridos e a orientação do EE em SIP, permitiram, que durante a consulta de SIJ identifica-se as necessidades e a recolha de informações relativas ao crescimento/desenvolvimento e estado de saúde da criança, de forma rigorosa e perspicaz. É através do estabelecimento da interação do enf^o com os pais/cuidadores, que este processo se desenrola, pois os pais/cuidadores são fontes importantes de informação, sobre os hábitos alimentares, atividade física, as atividades de vida diária, atividades lúdicas e do estado de saúde da criança/jovem e esta informação deve ser devidamente triada e confrontada com a observação e com exame físico realizado à criança/jovem.

É fundamental que a consulta de vigilância se baseie no processo de enfermagem, iniciando-se com a colheita de dados, o EE em SIP pode enunciar os diagnósticos de enfermagem mais adequados à situação, os focos de atenção a vigiar, definir os cuidados antecipatórios, assim como as áreas de promoção da saúde mais importantes a intervir. Durante este módulo de estágio, procurei desenvolver esta competência, não só através da observação crítica dos EE em SIP na USF, mas também através transposição das recomendações teóricas e dos conhecimentos científicos mais recentes para prática diária.

A consulta de SIJ na USF, decorre com o apoio do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE[®]), no qual são utilizadas as vigilâncias e monitorizações sugeridas através da introdução de diagnósticos de enfermagem nomeadamente o *“Desenvolvimento Infantil”*, e respetivas intervenções associadas como *“Vigiar desenvolvimento infantil aos (idade)”* ou *“Monitorizar desenvolvimento psicomotor através da escala de Mary Sheridan”*, sendo os cuidados antecipatórios protocolados, os que constam do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, preconizados pela Direção Geral de Saúde (DGS). Estas consultas decorrem em contexto de equipa de saúde, isto é enfermeiro e médico, conferindo maior rigor e eficácia, agilizando ainda o tempo disponível para cada consulta. No entanto, por vezes surgem dificuldades e nem sempre se consegue que a consulta seja realizada com a presença de ambos os profissionais. Esta situação, implica que em algumas situações alguns dos parâmetros já tenham sido avaliados pelo enf^o e são novamente avaliados pelo médico, o que no meu ponto de vista é uma duplicação de intervenções. Na minha opinião, esta consulta em conjunto tem as suas

vantagens pois otimiza-se a avaliação e as intervenções de ambos profissionais que complementando-se e articulando-se de forma a atingir um mesmo objetivo. Por outro lado, o tempo de atendimento para cada criança/jovem e família, na unidade de saúde em questão, está estipulado como sendo 20 minutos para a consulta de enfermagem, é pouco tempo para a avaliação e para as orientações necessárias a fazer e por vezes há alguma falta de articulação entre a avaliação de enfermagem e a avaliação médica.

As minhas expetativas em relação ao número de crianças e jovens com os quais iria ter possibilidade de realizar consulta de SIJ, não eram elevadas visto a taxa de natalidade em Portugal estar a decrescer nos últimos anos, pelo fato de as consultas de vigilância de saúde nestas faixas etárias serem menos frequentes além de que a época do ano em que este módulo foi realizado era próxima do fim de ano escolar, pelo que estariam a decorrer avaliações escolares e portanto menos crianças e jovens em consulta. Assim, durante o período de estágio tive oportunidade de contactar mais com lactentes e crianças em idade pré-escolar do que com crianças em idade escolar e adolescentes. Deste modo, foi possível realizar consultas de SIJ, constituindo estes momentos únicos de aprendizagem, em particular sobre o crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, proporcionando o desenvolvimento de competências relacionadas com a vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

A vacinação é uma das intervenções de enfermagem com mais expressão em contexto de SIJ. Desde a sua entrada em vigor em 1965, que o Programa Nacional de Vacinação (PNV), tem contribuído positivamente para a redução das taxas de mortalidade e morbilidade associadas às doenças infecciosas alvo de vacinação, com consequentes ganhos de saúde.

O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todos os cidadãos presentes em Portugal. Para que o PNV continue a ser um êxito é necessário manter elevadas coberturas vacinais em todas as coortes, para todas as vacinas do programa. Desta forma, compete aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enf^{os}, a divulgação do programa, motivação das populações, comunidades e famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar os indivíduos suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde (DGS, 2011).

A importância do rigor e eficácia na realização do procedimento técnico de administração da vacina é indiscutível, quer se trate de um EE ou não, e neste sentido os ensinamentos a realizar aos pais/cuidadores torna-se um fator importante e premente. É importante esclarecer estes acerca das doenças que são prevenidas com cada inoculação, de forma a manter a motivação para o cumprimento do programa vacinal, elogiar a adesão à vacinação e informar sobre quais as reações adversas aos quais devem estar atentos e vigiar, bem como o período do seu aparecimento de acordo com a vacina que foi administrada.

Durante o período de estágio tive oportunidade de realizar as várias administrações de vacinas a crianças/jovens, desde as vacinas dos 2, 4, 6, 12 e 18 meses, de acordo com o programa de vacinação mas também foi possível administrar vacinas que não constam no esquema recomendado de vacinação universal português, como é o caso da Prevenar® e da Rotarix®. Estas vacinações foram sempre executadas em contexto de consulta de vigilância, no qual é essencial o seu registo no Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS®) e no SAPE®, para que os esquemas cronológicos estejam sempre em atualização. É importante durante estas consultas elogiar os pais/cuidadores pela adesão à vacinação de modo que se sintam sempre motivados para esta prática e adiram.

Em contexto de neonatologia, surgiram diversas experiências novas e excelentes oportunidades de aprendizagem na prestação de cuidados a RNs, em particular em situações que para mim foram oportunidades de aprendizagem, como o caso de RNs ventilados, RNs submetidos a cirurgias de alto risco, RNs em hipotermia induzida. Durante a minha passagem por esta unidade prestei cuidados especializados de enfermagem a RNs de risco intermédio e alto risco em colaboração com a enfª tutora, partilhando e discutindo a minha realidade laboral e a realidade daquela unidade e tendo em consideração o conhecimento científico.

Segundo Hockenberry, M.J., Wilson, D, (2011) e Santos, A, (2011), e como foi referido no domínio da investigação, o ambiente numa UCIN é fonte de estímulos excessivos e inapropriados ao crescimento e desenvolvimento do RN e portanto, poderão ser prejudiciais. O ruído proveniente dos monitores, dos alarmes e das próprias ações de quem trabalha na UCIN, têm sido relacionados com alguns problemas entre os quais hemorragias intracranianas em RNs prematuros. Desta forma, alguns dos cuidados de enfermagem passaram pela redução das atividades

causadoras de ruído, como o falar alto, o fecho das portas das incubadoras e o manuseamento dos equipamentos. Os cuidados de enfermagem, como a monitorização de sinais vitais, mudança de fralda, posicionamento estão frequentemente relacionados com períodos de hipóxia, diminuição da saturação de oxigénio e aumento da pressão intracraniana, pelo que a organização dos cuidados por mim realizada foi de modo a agrupar o maior número de intervenções no sentido de evitar o manuseamento excessivo do RN e respeitando o período mínimo de sono de 60 minutos.

Os RNs com ventilação assistida, com patologia do foro cardíaco e com idade gestacional inferior às 32 semanas foram aqueles que tive mais oportunidades de assistir. Foi possível prestar cuidados a RNs com necessidade de cirurgia, pelo que foi realizado o acompanhamento no pré e pós-operatório com necessidades específicas de cuidados, visto que necessitaram de transfusão de glóbulos rubros, traziam cateter venoso central e cateter arterial, algaliação, drenos torácicos e necessidade de alimentação parentérica. Foi possível também prestar cuidados a RNs com *Continuous positive airway pressure* (CPAP), no qual as intervenções do enf^o têm um papel importante. A aplicação deste método consiste na administração de uma mistura de oxigénio e ar comprimido sobre uma pressão positiva contínua, através de dispositivos nasais, conduzindo a um aumento da capacidade funcional residual pulmonar, a uma redução da resistência vascular pulmonar e uma melhoria da oxigenação. Este método está indicado em alguns casos como RNs com doença da membrana hialina ou apneia da prematuridade. O enf^o no cuidado a estes RNs, dever planear as suas intervenções que vão desde a escolha do dispositivo nasal (prongs ou máscara) mediante a situação, monitorização dos sinais vitais, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, a otimização da sonda orogástrica, a vigilância do perímetro abdominal, a otimização do bem-estar e conforto, a redução ou aumento do FiO₂, entre outros cuidados (Tamez, RN, 2013). É muito frequente um RN que está ventilado mecanicamente passar a utilizar o CPAP ou vice-versa. No caso da ventilação mecânica, ocorre em situações em que há alteração na habilidade dos pulmões para manter uma ventilação adequada, quer seja por problemas neurológicos, mau funcionamento dos pulmões, problemas metabólicos ou por comprometimento cardiovascular (Tamez, RN, 2013). Os cuidados de enfermagem são muito semelhantes aos descritos acima, além dos cuidados com todo o sistema de ventilação, monitorização dos sinais

vitais, fixação do tudo endotraqueal, há também necessidade de administrar sedativos/relaxantes de acordo com as prescrições médicas e a vigilância de sinais de pneumotórax. Foi possível ainda prestar cuidados a um RN ventilado com óxido de nítrico. O óxido nítrico tem um potente efeito vasodilatador pulmonar, melhorando perfusão pulmonar e a oxigenação (Tamez, RN, 2013).

A assistência de enfermagem a estes RNs, além do que já foi referido antes, incluiu também a avaliação do crescimento e desenvolvimento, os cuidados de higiene e conforto como o banho, a massagem, os cuidados à pele, a alimentação parentérica ou entérica quer seja por sonda ou biberão e a administração de medicação. A realização de ensinamentos, instrução e treino dos pais sobre a amamentação e extração de leite materno, sobre os cuidados de higiene e conforto como é o caso da mudança de fralda, do aleitamento por sonda ou biberão, foram possíveis de realizar, não só no caso de RNs de alto risco mas também no caso de RNs de risco intermédio. A par disto, foi possível avaliar o grau de autonomia dos pais na prestação de cuidados aos seus filhos, ajudando-os na adaptação à nova fase das suas vidas. Foi possível ainda prestar cuidados de enfermagem a RN com cateter umbilical. A cateterização de uma via central é muito frequente nas unidades neonatais, uma vez que os RNs passam um período de tempo prolongado hospitalizados. Nestes casos, é importante a vigilância de sinais de hemorragia, de infeção e de comprometimento circulatório e o registo a medida inicial da inserção do cateter.

No que se refere à preparação do regresso ao domicílio, esta é executada desde o momento da admissão e ao longo de todo o internamento, processo no qual pude participar nos casos dos RNs a quem prestei cuidados. É realizado o levantamento das necessidades e grau de conhecimentos e habilidades que os pais possuem para posteriormente ensinar sobre os aspetos em que estes revelam não ter conhecimentos ou não serem autónomos. Na UCIN onde foi realizado o módulo de estágio, existe uma chek list com as principais áreas que devem ser verificadas se os pais são autónomos ou não para posteriormente realizar os ensinamentos, instruções e treinos de acordo com as necessidades demonstradas. Esta check-list permite que todos os enfs bem como os pais, tenham presente a evolução no que respeita a conhecimentos e habilidades, quais as competências parentais onde é necessário um maior investimento e reforço e quais aquelas onde os pais são autónomos. Ao longo deste processo, os pais vão sendo apoiados e

supervisionados, pela equipa de enfermagem, na prestação de cuidados aos seus filhos, com vista a promover a vinculação, o desenvolvimento do papel parental, aumentando a confiança destes e diminuindo as angústias e receios. O regresso a casa, só se efetiva quando o RN e pais abandonam a unidade após estar assegurado o transporte seguro do RN, em cadeira com sistema de retenção homologado. No caso, dos RNs com idade gestacional inferior a 37 semanas, é realizado o chamado “teste da cadeirinha”, que consta na observação do RN na cadeira escolhida pelos pais e na monitorização de eventuais episódios de apneia, bradicardia ou diminuição de saturação de oxigénio.

Em contexto de urgência, a unidade onde decorreu o módulo de estágio, recebe todo o tipo de situações de urgência à exceção de situações de trauma ou situações extremamente complexas que necessitem de assistência em sala de emergência. Esta unidade não tem sala de emergência pediátrica, quando é necessário, os utentes são assistidos na sala de emergência da urgência de adultos. Deste modo, os focos de enfermagem mais frequentes foram febre, dor, vómitos, diarreia, dispneia, limpeza das vias aéreas, convulsão, expetorar.

Neste sentido, foram-me proporcionadas várias oportunidades de prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de assistência neste serviço. Na triagem, o sistema utilizado é a triagem de Manchester, que é um método de triagem que permite ao profissional estabelecer uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. No entanto, apesar de ser esta a metodologia de triagem escolhida, esta não era utilizada em toda a sua potencialidade nesta unidade, pelo que não era atribuído nenhum grau de prioridade, apenas se efetuava o registo do motivo de recorrência ao SUP e realizava-se o encaminhamento para os gabinetes urgentes para posterior observação clínica pelo pediatra ou então para sala de observação. Neste último caso, encontrava-se pré-estabelecido quais as situações que se enquadravam e que portanto eram encaminhadas para a sala de observação, como RN/criança/jovem com dispneia e saturações de oxigénio inferiores a 95%, RN/criança/jovem referenciadas por outras instituições de saúde, RN/criança/jovem trazidos em ambulância, e lactentes com idade inferior a 3 meses. Por vezes, ao realizar a triagem e ainda antes da avaliação médica, houve necessidade de intervir em situações que poderiam colocar em risco a vida do RN/criança/jovem, e que no qual foi preciso administrar terapêutica como por exemplo, antipirético, oxigénio ou

a realização nebulizações. Estas situações eram habitualmente prioritárias e desta forma tinham prioridade na observação pelo pediatra. O EE em SIP, na triagem, tem um papel essencial, visto que este é o profissional com conhecimentos e competências que permitem realizar a triagem com a perícia e qualidades necessárias a uma exímia avaliação, garantindo um maior grau de fiabilidade e eficiência.

Ainda neste contexto, foi ainda possível prestar cuidados de enfermagem como: aspiração secreções, cateterização de veia periférica, colheita assética de urina e colheita de sangue para análise laboratorial, realização de teste de combur, enema de limpeza, administração de medicação quer por via oral, endovenosa ou inalatória, apoio emocional e esclarecimento de dúvidas aos pais. Deste modo, forneci informações sobre os cuidados no domicílio e aspetos a vigiar bem como os motivos que poderão motivar uma recorrência ao SUP. Neste sentido, algumas das intervenções mais frequentes por mim realizadas, foram: avaliação de sinais vitais, a monitorização da frequência cardíaca e de saturação de oxigénio, a vigilância da temperatura corporal e dor, a vigilância de vômitos e dejeções bem como as suas características, instilação de soro fisiológico nasal, aspiração de secreções, aplicação de medidas não farmacológicas como farmacológicas para alívio da dor, administração de terapêutica, vigilância da ingestão alimentar e a gestão da mesma, entre outras.

A sala de observação, uma sala onde ficam internados temporariamente RNs/crianças/jovens e os respetivos acompanhantes. Esta sala é uma área onde os RNs/crianças/jovens requerem vigilância do seu estado de saúde. Os cuidados de enfermagem prestados são muito semelhantes aos cuidados prestados numa unidade de internamento pediátrico, e no qual é dada continuidade aos cuidados previamente prestados. É permitido permanecer junto do RN/criança/jovem um familiar/pessoa significativa durante o período de internamento, período este que não deveria exceder as 24h.

Apesar deste SUP não possuir sala de emergência, pude colaborar numa situação de emergência que terá sido mal estabilizada no Serviço de Urgência de Adultos antes de ser encaminhado para a sala de observação do SUP. Foi uma situação de um jovem em primeira convulsão apirética. Colaborei na monitorização dos sinais vitais, na colocação de acesso venoso periférico, oxigenoterapia,

aspiração de conteúdo alimentar e secreções, administração de medicação. Esta foi uma situação inicialmente bastante complicada, na qual os 2 únicos enfermeiros presentes no SUP foram mobilizados para a assistência a este jovem, sendo que a triagem e a assistência clínica ficaram temporariamente suspensas.

No SUP a preparação para a alta, inicia-se logo que o RN/criança/jovem é admitido neste serviço. A alta pode ser para o domicílio, para o serviço de Pediatria ou para outra unidade hospitalar. O objetivo é garantir a continuidade da assistência. Este plano deverá ser preparado de acordo com as necessidades do RN/criança/jovem e família, de modo, a proporcionar a continuidade dos cuidados.

No que refere ao contexto de internamento de Pediatria, pude utilizar a metodologia do processo de enfermagem de forma sistemática, desde a avaliação inicial, a elaboração de planos de cuidados até à sua execução, em diversas situações clínicas quer fossem situações de medicina pediátrica quer em situações de cirurgia pediátrica, a RNs/crianças/jovens e suas famílias. Deste modo, pude assistir a RNs/crianças/jovens em contexto de internamento de Pediatria, sendo que os focos de enfermagem mais frequentes foram: dispneia, limpeza das vias aéreas, vômitos, diarreia, febre e dor. Pude ainda assistir crianças/jovens e suas famílias em contexto cirúrgico, sendo que as situações mais frequentes foram de crianças submetidas a amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomia, apendicectomia, redução de fraturas ou extração de material cirúrgico.

Neste contexto de estágio pude aplicar não só os conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação académica mas também dos conhecimentos provenientes da minha experiência profissional e da minha pesquisa bibliográfica, adequando esses mesmos conhecimentos às situações clínicas.

O planeamento do regresso a casa, garante a continuidade da assistência do hospital para o domicílio. Este plano deverá ser preparado de acordo com as necessidades do RN/criança/jovem e família, de modo, a proporcionar a continuidade dos cuidados. Como futura EE em SIP, procurei colher informações quer através da avaliação inicial quer através da evolução da situação clínica durante o internamento, que me permitissem identificar precocemente problemas e necessidades das famílias, assegurar a articulação com os meios e recursos que a comunidade, nomeadamente com os cuidados de saúde primários, para ajudar e apoiar o RN/criança/jovem e sua família.

Objetivos:

- Fomentar a parceria de cuidados no âmbito da prestação de cuidados;
- Desenvolver competências no apoio ao desempenho do papel parental.

Atividades:

- Incentivar a presença da família na prestação de cuidados;
- Envolver a família na prestação de cuidados;
- Negociar os cuidados prestados ao RN/criança/jovem e família;
- Promover a vinculação e a ligação pai/mãe - filho;
- Apoiar a família nas tomadas de decisão;
- Avaliar as necessidades parentais;
- Criar um ambiente empático e seguro;
- Demonstrar respeito pelas convicções, crenças, valores e prioridades estabelecidas com pelos pais/cuidadores e das crianças/jovens, procurando integrá-las no processo de cuidados;
- Estabelecer uma relação terapêutica e de parceria com os pais/cuidadores e com as crianças/jovens, durante a prestação de cuidados.

Reflexão

O apoio no desenvolvimento do papel parental assim como a parceria de cuidados são de extrema importância para o EE em SIP durante todo o processo de prestação de cuidados.

O desenvolvimento do papel parental, integra um conjunto de funções que são atribuídas aos pais/cuidadores, no sentido de estes cuidarem e educarem os seus filhos. Segundo a CIPE® (2011), o papel parental é definido como “ *Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente.*”

Todos os estádios de desenvolvimento do RN/criança/jovem, quer seja em situações de doença crónica ou aguda, implicam um processo transição e

adaptação da família, sendo de extrema importância o reconhecimento do seu papel na prevenção, identificação e resolução destas situações, por parte dos profissionais de saúde. As experiências relacionadas com os processos de saúde e doença e o desenvolvimento dos processos de vida, como a gravidez, nascimento, parentalidade, adolescência, e as transições culturais e sociais, foram descritas, por Meleis, AI, Sawyer, LM, Im, E, Messias, DEKH e Schumacher, K, (2000), como sendo transições propensas a tornar os utentes vulneráveis. Esta vulnerabilidade ocorre devido ao fato dos indivíduos não saberem como reagir face a novas experiências. Face ao desconhecimento em lidar com uma nova realidade, sentem-se inseguras e incapazes de reagir a esta nova situação.

Como já foi referido anteriormente, é previsto que seja a família a principal responsável pelos cuidados aos seus filhos, quer a nível físico, educacional, afetivo e psicológico. Nesta perspetiva, a família necessita de apoio, para a promoção e maximização do potencial crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, assim, pode desenvolver estratégias, para atuar de forma consistente com as famílias, na promoção e desenvolvimento de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil como, o reforço dos laços afetivos entre os pais e o RN/criança/jovem; o ensino, instrução e treino dos pais em relação a alguns cuidados necessários à satisfação das necessidades básicas do RN/criança/jovem; a promoção de um ambiente seguro que permita o desenvolvimento harmonioso do RN/criança/jovem, valorizando a sua individualidade e autonomia, entre outras que serão descritas adiante.

Como referem Meleis, AI, Sawyer, LM, Im, E, Messias, DEKH e Schumacher, K. (2000), quando ocorrem situações de transição, são os enfs, os principais cuidadores do RN/criança/jovem e sua família, por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas implicam nas suas vidas e que os preparam para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

O enf^o apresenta-se como o profissional de saúde com uma posição mais privilegiada visto que tem a possibilidade de se tornar mais significativo junto das famílias, tendo assim um papel crucial no processo de adaptação ao exercício da parentalidade nomeadamente no desenvolvimento de competências parentais. Deste modo, o enf^o identifica as necessidades e dificuldades da família e intervém

ao nível do ensino, instrução e treino das competências parentais que conduzem a uma parentalidade bem sucedida.

No contexto de neonatologia, o nascimento de um bebé para muitos pais é a realização de um sonho. Durante a gestação, foram-se preparando para o desenvolvimento do papel parental, idealizaram um bebé e a relação que estabeleceriam com este. No entanto, quando este bebé idealizado nasce antes do tempo esperado, o processo de preparação para o papel parental é alterado, esta transição é modificada abruptamente e o RN fica privado de usufruir do contato com os pais. Com o internamento na UCIN, o processo de vinculação é descontinuada, isto é, a formação de laços afetivos entre o RN e os seus pais é interrompida temporariamente. A esta interrupção acrescentam-se os medos e receios dos pais em relação à imaturidade do RN. Por vezes, os pais sentem-se incapazes de qualquer ação em relação aos seus filhos para além do olhar. A separação entre pais e filho pode ser minimizada, através de uma visita da enfermeira da UCIN junto dos pais enquanto a mãe se encontra internada no serviço de obstetrícia, informando sobre a situação do seu filho e os progressos efetuados, o incentivo ao pai para tirar fotografia ao RN e mostrar à mãe, o incentivo por parte do enf^o na aproximação e no toque no RN, de acordo com a estabilidade do mesmo (Feliciano, F, 2007).

Numa situação de nascimento normal no qual o RN fica junto da mãe, o processo de vinculação vai-se desenrolando, o RN olha a mãe, cheira-a, sente o seu toque, procura a mama. Por outro lado, os pais também exibem comportamentos de consolidação da ligação afetiva como as carícias, o falar para o RN até ao assumir como seu, o RN. No caso dos RNs prematuros, o processo descrito anteriormente é alterado, o RN necessita de cuidados especiais e por isso é internado na UCIN ficando afastado dos seus pais temporariamente. Esta separação pode ser minimizada através de algumas estratégias que já foram referidas anteriormente, procurando um maior envolvimento e autonomia parental na prestação de cuidados ao RN que se encontra numa incubadora. O incentivo gradual dos pais, mediante a maturidade e a estabilidade do estado de saúde do RN, para tocar, falar, pegar ao colo, prestar cuidados de higiene e conforto, alimentar/amamentar são outras estratégias que não só diminuem o impacto do afastamento inicial do seu filho como promove a vinculação ao mesmo tempo que os pais prestam cuidados em parceria. As estratégias acima descritas foram por

mim adotadas aquando da prestação de cuidados ao RN, assim como a Técnica de Canguru (Feliciano, F, 2007; Hockenberry, M.J, Wilson, D, 2011).

A técnica do Canguru é uma prática comum em unidades neonatais, pois está comprovado os seus benefícios para o RN e para os pais. Na técnica canguru ou também denominada por contato pele-a-pele, o RN é despedido, ficando apenas com a fralda, e é colocado em posição vertical sobre o tórax despido da mãe ou do pai, e com uma manta por cima de si, evitando perdas de calor. Esta técnica permite o contato visual direto, a proximidade e o toque de pele com pele, promovendo o processo de vinculação. Os benefícios desta técnica incluem o contato precoce entre RN e pais, nomeadamente em casos de RNs em ventilação mecânica, manutenção da termorregulação e da estabilidade de saturação de oxigénio, promoção do vínculo afetivo, aumento da produção de leite, melhora a organização comportamental e aumenta a sensação de bem-estar e conforto. Esta técnica estimula, ainda, o desenvolvimento neurocomportamental apropriado ao promover a estabilidade das funções cardiorrespiratórias, a diminuição dos movimentos desordenados, o desenvolvimento de comportamentos de autorregulação do RN prematuro bem como proporciona o aumento da confiança e das competências nos cuidados ao RN e diminui o tempo de hospitalização (Feliciano, F, 2007; Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

A adaptação à parentalidade é um momento crucial de desenvolvimento da família, pois esta experimenta mudanças quer emocionais quer funcionais. Portanto, posso dizer que apoiei e promovi a parentalidade na medida em que ajudei os pais/família, nos diferentes contextos, a adotarem comportamentos destinados a auxiliar a integração do RN/criança na unidade sócio-familiar, otimizando o seu crescimento e desenvolvimento.

O modelo de parceria de cuidados está na base da prestação de cuidados a RNs/crianças/jovens e suas famílias, com vista à promoção e proteção do vínculo entre estes. Nos diferentes contextos do estágio, este modelo é aplicado no sentido de não só promover a vinculação e a ligação afetiva entre pais e os respetivos filhos mas também com o intuito da promoção do desenvolvimento do papel parental. Este modelo tem em consideração a valorização da família como a principal prestadora de cuidados, a preservação da segurança e bem-estar da criança e família bem como a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento

da criança (Casey, A, 1995; Mendes, M, Martins, M, 2012). Os pais são reconhecidos como sendo os melhores cuidadores dos seus filhos, prestando cuidados familiares e quando instruídos e treinados pela equipa de enfermagem, podem prestar cuidados mais especializados, cuidados esses que seriam prestados inicialmente pelo enf^o. Esta conceção de cuidados esteve sempre presente no decorrer do estágio. Deste modo, as atitudes e intervenções por mim desenvolvidas, neste âmbito tiveram em consideração as particularidades de cada utente e família. Quando os pais/família estão presentes, é necessário explicar a situação de saúde dos seus filhos e as suas implicações, em particular nos cuidados que estes necessitam. Assim, informei e orientei os pais no momento oportuno, com o intuito de lhes permitir a gestão das suas emoções e a organização da estrutura familiar durante o internamento do seu filho. Informei, ainda, os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvi-os nas tomadas de decisão. Assim, a negociação dos cuidados entre mim, enquanto enf^a e a família, esteve sempre patente através do questionamento inicial se estes queriam colaborar nos cuidados, para posteriormente ensinar, instruir e treina-los sobre os mesmos. Outra das minhas intervenções, foi o encorajamento dos pais a expressar as suas preocupações e sentimentos, de modo a realizar o planeamento de cuidados centrado nas suas expectativas e necessidades. Foi possível implementar o plano de cuidados, construído em parceria com os pais, com a finalidade de os ajudar a uma melhor adaptação ao processo de doença do filho.

Uma das situações em que a parceria de cuidados e o apoio no desenvolvimento de competências parentais foi evidente, foi na situação da criança com Diabetes Mellitus tipo 1, na qual foi necessário ensinar, instruir e treinar, a criança, os pais e avó, na contagem de hidratos de carbono, na pesquisa de glicémia capilar e na administração de insulina. Apesar da criança se encontrar em idade escolar, ainda estava no início da escolaridade obrigatória pelo que o risco de se enganar na contagem de hidratos de carbono era grande. Além disto, a criança passava algum tempo aos cuidados da avó, pelo que foi necessário envolver esta no plano de cuidados. Foram realizados ensinamentos, visto que esta família não tinha conhecimento sobre a doença da criança e os cuidados que esta implica, foram instruídos e treinados, quer a criança quer os pais e avó, na pesquisa da glicémia capilar, nos sinais e sintomas de alarme de hipo e hiperglicémias e o que fazer nessas situações; na contagem de hidratos de carbono e na

administração de insulina. Esta situação de internamento foi algo demorada, não só pela necessidade de estabilização dos valores de glicemia da criança mas também para o desenvolvimento das novas competências parentais.

De acordo com Hockenberry, MJ, Wilson, D, (2011), quando há um envolvimento dos pais no planeamento dos cuidados, estes compreendem que são um fator preponderante para a recuperação do estado de saúde dos seus filhos e tendem a permanecer mais tempo e a envolverem-se. Este conceito foi por mim confirmado em diversas situações como a referida acima, em que se verificou uma mudança/transição na vida daquela família e na qual a parceria de cuidados foi fundamental. Enquanto enfª, identifiquei quais as necessidades e dificuldades, capacitando a família no desenvolvimento de novas competências na sua parentalidade.

Deste modo, pode-se afirmar que na parceria de cuidados é salientada a importância dos pais/família para o desenvolvimento ótimo do RN/criança/jovem mas também para o desenvolvimento do próprio cuidado. É valorizada a parentalidade no processo de cuidar, no qual o EE em SIP, devido aos seus conhecimentos e competências tem um papel fulcral (Mendes, M, Martins, M, 2012).

Objetivos:

- Diminuir o impacto do processo de hospitalização;
- Promover a maximização do crescimento e desenvolvimento do RN/criança/jovem e família durante o processo de hospitalização.

Atividades:

- Adotar uma atitude empática com a criança/jovem e sua família;
- Incentivar a família a acompanhar o RN/criança/jovem durante o internamento;
- Incentivar a família a envolver-se na prestação de cuidados ao RN/criança/jovem durante o internamento;
- Encontrar estratégias de redução do nível de stress associado à hospitalização;
- Minimizar os efeitos do processo de separação;

- Minimizar os efeitos causadores de sensação de perda de controlo;
- Proporcionar atividades lúdicas adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança.

Reflexão

A doença e o internamento são acontecimentos, que resultam em stress e vulnerabilidade tanto para o RN/criança/jovem como para a sua família. As principais causas de stress em situação de internamento são a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor. A forma como cada RN/criança/jovem reage a estas causas, são influenciadas pelo seu estágio de desenvolvimento, pelas suas experiências prévias, pela sua capacidade de confronto, pela gravidade da situação clínica e pelo sistema de apoio existente (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

A ansiedade causada pela separação é a principal causa de stress em lactentes e em crianças em idade pré-escolar. A observação e correta interpretação do comportamento das crianças por parte do enf^o é essencial por forma a planear os cuidados de enfermagem minimizando a separação. Assim, os comportamentos como choro, a procura dos pais com os olhos, o evitar e rejeitar contato com estranhos, o isolamento, a ausência de interesse pelo meio circundante, a regressão para o comportamento anterior, são alguns dos sinais de que a criança sofre de ansiedade pela separação da sua família. Deste modo, um dos meus principais objetivos foi a prevenção da separação. Assim, incentivei o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança, proporcionei flexibilidade de horário para os pais e familiares, incentivei a utilização de objetos significativos para a criança, encorajei a presença dos pais/família em momentos em que o RN/criança/jovem fosse sujeito a procedimentos invasivos e dolorosos (ex. situação de punção venosa, de aspiração de secreções, de colheita de espécimes,...), no caso de crianças submetidas a cirurgia, incentivei a família a acompanhar a criança até ao momento de indução anestésica e a estarem presentes quando a criança acorda no recobro (Brazelton, TB, 2010;Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

A perda de controlo é outro dos fatores causadores de stress provocado pelo internamento. A falta de controlo sobre o que acontece consigo e em seu redor, aumenta a sensação de ameaça e pode influenciar a capacidade de confronto por parte da criança. Nos lactentes, os cuidados inconsistentes e o desvio das rotinas

diárias deste conduzem à desconfiança e à diminuição do sentimento de controlo. Na primeira infância, situações de restrição ou limitação de movimentos como a restrição do espaço físico da criança ao berço, pode levar a resistência e inconformidade. A mudança de rotinas e rituais, como o dormir, a alimentação, o banho e as brincadeiras, também conduz a uma perda de controlo. Nas crianças em idade pré-escolar, a perda de controlo é provocada pela restrição física, pela alteração de rotinas e pela dependência forçada em relação à família. No caso das crianças em idade escolar, a perda de controlo está relacionada com as alterações das funções familiares, a incapacidade física, o medo da morte, abandono ou lesão corporal permanente, a perda da aceitação por parte dos amigos ou a diminuição de atividade cognitiva e comportamental. Em relação aos adolescentes, as situações constituem uma ameaça para o seu sentido de identidade, conduzem a uma perda de controlo. A diminuição das suas capacidades físicas e a separação dos seus sistemas de apoio, são algumas das situações que se apresentam como perda de controlo (Brazelton, TB, 2010; Moghaddam-Bsiri, K, Moghaddam-Basiri, M, Sadeghmoghaddam, L, Ahmadi, F, 2011; Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

Neste sentido, tentei que a maioria dos sentimentos e situações de perda de controlo fossem minimizados através de um planeamento de cuidados enfermagem de acordo com as expectativas e sentimentos de cada criança/jovem, incluindo intervenções de enfermagem como a promoção da liberdade de movimento, a manutenção das rotinas e rituais da criança, o encorajamento à independência bem como a promoção da compreensão dos processos de saúde e doença (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

Relativamente à lesão corporal, todas as crianças/jovens têm medo da lesão corporal quer seja por mutilação, invasão corporal, mudanças na imagem corporal, incapacidade ou até mesmo a morte. Geralmente, a preparação da criança/jovem para procedimentos dolorosos diminui os seus medos e promove a sua cooperação (Moghaddam-Bsiri, K, Moghaddam-Basiri, M, Sadeghmoghaddam, L, Ahmadi, F, 2011; Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011). Deste modo, durante a minha prestação de cuidados, tentei optar sempre que possível por medidas não invasivas em detrimento de medidas invasivas, no caso de procedimentos dolorosos tentei executá-los o mais rápido possível e sempre que era viável, na presença dos pais/família. No caso de crianças na primeira infância, a utilização de um penso após a punção venosa tranquiliza mais a criança do que dizer que vai parar de

sangrar. O tamanho do penso é igualmente importante, pois quanto maior o penso mais importância é dada pela criança à ferida, pelo que tentei utilizar sempre pensos o mais pequeno possível. A visualização do procedimento desencadeia medo na criança pelo que é importante evitar que esta o visualize, recorrendo a técnicas de distração.

O medo da lesão corporal pode ter várias fontes desde os equipamentos utilizados como monitores, sensores, termómetros, salas não familiares ou por posicionamentos desconhecidos e que poderão ser interpretados como potencialmente perigosos. Desta forma, tentei explicar para que serviam os equipamentos, demonstrar no boneco significativo ou nos pais/família e por vezes pedi a colaboração dos pais/família em algumas situações como por exemplo a avaliação da temperatura. No caso de crianças em idade escolar, estas temem a lesão corporal quer interna quer externa, ou seja, temem a situações de cirurgia e o que estas acarretam como a dor, as suturas e as respetivas cicatrizes. No caso dos adolescentes, estes manifestam preocupação relativamente ao procedimento e quais as consequências que este poderá ter na sua imagem corporal como o caso das cicatrizes (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011). Nestas situações, tentei explicar os procedimentos e as suas consequências recorrendo a uma linguagem simples e clara e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança/jovem. Por vezes, no caso de crianças/jovens que seriam submetidas a cirurgia, promovi momentos de socialização com outras crianças que já tinham sido submetidas à mesma situação no sentido de promover a partilha de experiências.

No que refere à dor e às estratégias adotadas para a sua minimização, estas serão abordadas de forma mais extensa mais à frente neste capítulo.

Enquanto enf^a e futura EE em SIP, a minimização do impacto da hospitalização nos diferentes contextos, esteve sempre presente ao longo do estágio. Tentei aproveitar momentos propícios ao desenvolvimento e crescimento do RN/criança/jovem, de modo a minimizar os efeitos que o internamento implica. Este é um dever do enf^o que trabalha no serviço pediatria. Para a concretização deste objetivo, utilizei estratégias lúdicas de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e de segundo as suas preferências, tais como leitura de histórias, desenhos e jogos, no sentido de potenciar a relação entre enf^o e criança/jovem e família. Recorrer à negociação, ao brincar, foram algumas das estratégias por mim utilizadas durante a assistência à criança/jovem e família com

intenção de desenvolver a dimensão terapêutica do jogo e da brincadeira. Aos adolescentes, ofereci a possibilidade de usarem as suas roupas de eleição e que permitissem a prestação de cuidados, fomentei a manutenção das suas rotinas como os cuidados de higiene e outras atividades direcionadas para as novas tecnologias como jogos de vídeo.

A brincadeira tem um papel fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança no seu processo de saúde, pelo que esta deve continuar a fazer parte do seu dia-a-dia apesar da situação doença. Neste sentido, procurei aplicar esta atividade com as crianças em idade pré-escolar e escolar, com vista a maximizar o seu crescimento e desenvolvimento, recorrendo seus próprios brinquedos (bonecas, carros, puzzel's) bem como aos existentes nas unidades de saúde. Nas crianças em idade escolar, a leitura, jogos de raciocínio e eletrónicos foram também atividades recreativas que desenvolvi durante os diferentes contextos, quer fosse em contexto de urgência ou de internamento.

Apesar do internamento constituir uma situação de stress para a criança/jovem e família, este também pode representar um momento oportuno para mudanças positivas, como o fortalecimento das relações entre pais e filhos, o fomentar de situações de aprendizagem quer por parte da criança/jovem quer por parte da família, a promoção do autodomínio enfatizando as competências desenvolvidas pela criança/jovem e a promoção da socialização com outras crianças e jovens que se encontram na mesma situação de internamento, permitindo a partilha de experiências (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

A situação de doença e a necessidade de internamento, é uma oportunidade dos pais/família conhecerem melhor o processo de crescimento e desenvolvimento do RN/criança/jovem. Com a ajuda do enfº, os pais/família reconhecem melhor as reações do RN/criança/jovem quando este se encontra em situação de stress, como o caso da regressão para uma habilidade anteriormente adquirida ou a agressão contra familiares ou objetos, podendo aplicar estes conhecimentos após o regresso ao domicílio (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

Algumas situações problemáticas existentes previamente ao internamento, como dificuldades alimentares ou perturbações do sono, podem ser reduzidos durante o internamento. A interrupção temporária destes problemas alerta os pais que estes podem estar a propagar um comportamento negativo dos seus filhos. Com a intervenção do enfº, os pais podem adotar estratégias que visem a cessação

do comportamento negativo e o incentivo de um comportamento positivo (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

O internamento e a situação de doença podem representar oportunidades da criança/jovem e sua família de aprenderem sobre si, entre si e com os profissionais de saúde, como foi o caso da situação já referida da criança com DM1. Quer a criança, pais e avó aprenderam sobre a doença, sobre a criança mas também sobre a própria família, encontrando novos sistemas de apoio como o caso da equipa de enfermagem.

O contacto com os profissionais de saúde pode ajudar a criança/jovem e família a desmistificar sobre o trabalho desenvolvido por estes profissionais, nomeadamente no que diz respeito a procedimentos invasivos e dolorosos.

A promoção do autodomínio é uma das oportunidades possíveis de desenvolver em contexto de internamento. As crianças têm a possibilidade de enfrentar alguns medos com a realidade e desta situação saírem fortalecidas, pois não foram abandonadas nem mutiladas como fantasiam. No caso de jovens, estes têm a possibilidade de tomar decisões, de participarem na elaboração do seu plano de cuidados, permitindo-lhes sentirem-se independentes e autoconfiantes (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011). Enquanto enf^a e futura EE desempenhei um papel importante ao fomentar os sentimentos de autodomínio, dando ênfase às habilidades e competências desenvolvidas pelas crianças/jovens e não me concentrando nos comportamentos negativos.

A necessidade de internamento pode ser percecionada como uma oportunidade de fomentar a socialização não só da criança/jovem mas também das famílias (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011). No ambiente hospitalar, crianças/jovens partilham os mesmos espaços, desde a enfermaria, espaços de refeição e espaços lúdicos, por vezes esta partilha de espaços pode ser estruturada pelo enf^o, juntando crianças/jovens com o mesmo tipo de problemas ou da mesma faixa etária, no mesmo espaço, promovendo a socialização. Verifica-se com frequência a partilha de experiências, sentimentos e emoções entre crianças/jovens, conduzindo a relações de amizade ou de suporte emocional.

Os pais/família também pode encontrar no ambiente de internamento, uma oportunidade para a partilha dos seus problemas com outros pais/famílias que se encontram em situação semelhante. Durante o internamento da criança/jovem podem partilhar os seus receios, dúvidas e medos em relação ao processo de

doença e em relação ao tratamento dos respectivos filhos. Desta forma, estrutura-se um novo apoio emocional para os pais/famílias que poderá prevalecer após o regresso ao domicílio.

Neste sentido, considero que como futura EE em SIP, proporcionei à criança/jovem que se encontrava internada, momentos de aprendizagem, para um ótimo crescimento e desenvolvimento, utilizando estratégias como o contar histórias, o brincar, o jogar e o desenhar. Deste modo, foi possível maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança minimizando o impacto da sua situação de doença e consequente internamento.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pais/cuidadores.

Atividades:

- Identificar necessidades formativas dos pais/cuidadores, relacionada com a área da saúde infantil;
- Conhecer as características da população alvo;
- Adequar as estratégias de comunicação, de acordo com as necessidades e características da população alvo;
- Utilizar linguagem CIPE®.

Reflexão

A intervenção do enfermeiro junto da população em idade pediátrica implica, não só a interação com as crianças/jovens nas diferentes faixas etárias, e mas também com os seus pais/cuidadores. Deste modo, durante algumas consultas de vigilância de SIP na USF e durante algumas visitas domiciliárias no âmbito do IPI, identifiquei algumas dúvidas dos pais/cuidadores, alguns mitos e ideias erróneas no que referia a alguns focos como era o caso da febre e da obstipação. Assim, surgiu a necessidade de realizar uma sessão de formação para pais/cuidadores sobre os “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida” (Anexo 6).

O público-alvo foram as mães do curso de recuperação pós-parto e educação parental da UCC, em dois grupos distintos, em dois dias diferentes. Estiveram presentes um número significativo de mães, ambos os grupos foram

bastante interventivos com dúvidas e questões pertinentes. Como era expectável, o foco que suscitou mais discussão foi a febre, no que refere ao local de avaliação da temperatura, as medidas de arrefecimento periférico e a alternância de antipiréticos, assim, foram esclarecidas as dúvidas, tendo em consideração o conhecimento científico e as recomendações mais recentes. Para avaliação dos conhecimentos apreendidos por parte das mães, foi efetuado um questionário (Anexo 6) com questões de verdadeiro e falso no qual a percentagem de respostas corretas foi de 83,3%. A avaliação dos aspetos mais formais da sessão foi realizada através da aplicação de um questionário (Anexo 6) e da interação/feedback durante a formação, sendo que de uma forma global as mães estavam muito ou totalmente satisfeitas.

Competências desenvolvidas

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Avaliar a adequação de diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica.

Objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/criança/jovem e família em situação de especial complexidade;

- Refletir sobre o papel do EE em SIP na prática assistencial ao RN/criança/jovem e família, em situações de especial complexidade.

Atividades:

- Observar o EE em SIP na prestação de cuidados de enfermagem;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN/criança/jovem e família, em situações de especial complexidade;
- Manter uma atitude de reflexão autocrítica.

Reflexão

Durante o estágio, foram diversas as situações de assistência de enfermagem que exigiram uma análise crítica e reflexiva das minhas práticas, com o intuito de mobilizar e aprofundar conhecimentos e de os relacionar com a assistência de enfermagem, tendo sempre o RN/criança/jovem e sua família no centro de todo o processo de prestação de cuidados. No entanto, algumas situações de especial complexidade exigiram um esforço acrescido no que refere ao aprofundamento de conhecimentos, à análise dos mesmos e à forma como aplicar estes mesmos conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem. Algumas situações mais complexas estiveram relacionadas com os cuidados ao RN, nomeadamente, os cuidados ao coto umbilical, que já foram abordados e os cuidados de enfermagem ao RN em hipotermia induzida bem como a prestação de cuidados à criança com DM1.

No módulo III, foi-me proporcionada a possibilidade de prestar cuidados a um RN submetido ao protocolo de hipotermia, desde o início até ao fim da realização do protocolo, o que exigiu de mim uma aquisição e aprofundamento de conhecimentos. Esta estratégia terapêutica está indicado no tratamento de RN de termo com Encefalopatia Hipoxico-Isquémica (Sampaio, I, Graça, AM, Moniz, C, 2010). O protocolo de Hipotermia consiste na redução da temperatura central (33.0°C) para alcançar objetivos terapêuticos pré-definidos (Feitosa-Filho, G, Sena, JP, Guimarães, HP, Lopes, RD, 2009). Este método tem vindo a ser bastante discutido entre a comunidade científica, existindo evidências sobre os benefícios da sua aplicabilidade. A indução da hipotermia deve ser iniciada nas primeiras 6 horas de vida e mantida durante 72 horas, com vista à diminuição dos riscos de

sequelas. Estão definidos critérios para a sua realização, sendo que estes devem ser cumpridos e avaliados pela equipa médica que assiste o RN (Sampaio, I, Graça, AM, Moniz, C, 2010). Após a admissão do RN na UCIN, observei e colaborei na prestação dos primeiros cuidados com a enfª tutora. Estes incluíram a monitorizações de hora a hora de parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, saturações de oxigénio periféricas e centrais, temperatura corporal periférica e central, avaliação da dor), cuidados de conforto ao RN, massagem, aspiração de secreções, realização de balanço hídrico e administração de terapêutica prescrita. Esta vigilância e monitorização é deveras importante, pois o RN submetido a hipotermia, pode evidenciar consequências da mesma, tais como: bradicardia, hipotensão, hipocapnia, alterações do equilíbrio acido-base e hidroeletrólíticas, desconforto, oligúria ou retenção urinária e prolongamento do tempo de semivida dos fármacos com efeitos hepáticos (Sampaio, I, Graça, AM, Moniz, C, 2010).

O reaquecimento do RN é iniciado após as 72 horas, de forma lenta numa subida de 0.1°C a 0,4°C de hora a hora, até aos 37°C (Sampaio, I, Graça, AM, Moniz, C, 2010). Durante este reaquecimento, vigiei os parâmetros vitais também com a frequência recomendada durante a indução e a resposta comportamental do RN, uma vez que a velocidade do reaquecimento deve ser individualizada, de acordo com a estabilidade hemodinâmica do RN e da possibilidade de ocorrência de convulsões (Sampaio, I, Graça, AM, Moniz, C, 2010).

Em relação ao cuidar a criança com DM1, em particular na contagem de hidratos de carbono, para mim foi uma oportunidade de aquisição de conhecimentos e aprofundamento. Apesar de ter experiência na prestação de cuidados a crianças/jovens com DM1, não tinha qualquer experiência no que diz respeito à contagem de hidratos de carbono, pelo que se apresentou ser uma situação de desafio e de aprendizagem. Foi necessário uma pesquisa detalhada e aprofundada sobre o tema, a observação direta e crítica da prestação de cuidados da enfª tutora e o treino da minha parte na contagem de hidratos de carbono para posteriormente ser capaz de cuidar da criança e sua família.

A Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença metabólica crónica sendo a mais frequente em idade pediátrica em Portugal, pelo que a sua abordagem terapêutica se reveste de extrema importância para todos os profissionais de saúde envolvidos.

A abordagem terapêutica na DM 1, com o objetivo de permitir um adequado controlo metabólico, é extremamente exigente sendo necessária administração diária de insulina, a pesquisa dos níveis de glicémia capilar de forma regular, o controlo rigoroso da alimentação, a prática de exercício físico e o contacto frequente com serviços médicos especializados (Oliveira, RS, Santos, S, Laranjo, G, Luís, A, Campos, J, 2013). Ao nível do controlo alimentar, a contagem de hidratos de carbono, é uma técnica que tem vindo a ser utilizada em contexto pediátrico, de forma a ajustar as doses de insulina prandial mediante a ingestão de hidratos de carbono. Estes são os principais nutrientes que afetam a glicemia pós-prandial. Assim, ao efetuar a contagem de hidratos de carbono prévia em cada refeição, a dose de insulina necessária será de forma a manter os valores de glicemia pós-prandial dentro dos valores normais (Gokşen,D, Altınok, YA, Ozen,S, Demir, G, Darcan, S, 2014).

Atualmente, a contagem de hidratos de carbono, é uma estratégia que permite uma maior adesão do regime alimentar e que possibilita a gestão e consumo de uma grande variedade de alimentos pelos pacientes com DM1. Esta estratégia, exige uma vigilância dos valores de glicémia capilar rigorosa e a habilidade de contar os hidratos de carbono em cada refeição. A contagem de hidratos de carbono é efetivada recorrendo à contagem dos equivalentes/porções de hidratos de carbono existentes nos alimentos dos diferentes grupos. Apesar de não ser consensual, estipula-se que 1 equivalente/porção pode variar entre 10 a 15 gramas de hidratos de carbono (OE, 2011). Para tal, existem tabelas alimentares (Anexo 3) com os diversos alimentos e refeições, e a quantidade de hidratos de carbono, auxiliando assim a contagem dos mesmos (Gokşen,D, Altınok, YA, Ozen,S, Demir, G, Darcan, S, 2014).

Os estudos que têm vindo a ser realizados neste âmbito, concluem na sua maioria, que a estratégia de contagem de hidratos de carbono, é um modelo nutricional flexível que permite obter controlo metabólico quer em crianças quer em adolescentes com DM1, sem o risco de aumento de peso ou de aumento de insulina. Acresce ainda, um aumento nos níveis de colesterol HDL, diminuindo o risco de doença cardiovascular (Gokşen,D, Altınok, YA, Ozen,S, Demir, G, Darcan, S, 2014). Contudo, tem vindo a ser comprovado que crianças e jovens nem sempre fazem a contagem de hidratos de carbono corretamente, pelo que é defendido que o ensino, instrução e treino desta estratégia deverá ser realizado não só às

crianças/jovens mas também à sua família (Spiegel, G, Bortsov, A, Bishop, FK, Owen, D, Klingensmith, GJ, Mayer-Davis, EJ, Maahs, MD.2012).

Neste sentido, como se tratava de uma criança em idade escolar mas no início da escolaridade obrigatória, foi necessário fazer um treino intensivo, quer da criança quer dos pais e avó, da contagem de hidratos de carbono e o ajuste da dose de insulina rápida de acordo com os equivalentes de hidratos de carbono (1 equivalente corresponde a cerca de 10 a 15 gramas de hidratos de carbono), com o auxílio da tabela de contagem de hidratos de carbono/equivalentes (Anexo 3). Foi igualmente importante realizar o ensino, instrução e treino da pesquisa de glicémia capilar, do ajuste das doses de insulina, da administração de insulina, dos locais onde administrar, o que fazer em situação de hipo ou hiperglicemia, os cuidados a ter com a conservação da insulina, sobre o regime alimentar saudável e sobre a prática de exercício físico.

Durante o estágio, em particular na prestação de cuidados ao RN/criança/jovem e sua família, penso ter adquirido conhecimentos e competências que me preparem para lidar com situações complexas de forma segura, firme e assertiva, transmitindo por sua vez àqueles de quem cuido confiança e segurança.

Objetivo:

- Desenvolver competências na gestão da dor.

Atividades:

- Conhecer o processo de dor;
- Conhecer as escalas de dor aplicadas nas unidades de saúde;
- Avaliar e monitorizar a dor através da aplicação de escalas validadas;
- Utilizar medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio e controlo da dor.

Reflexão

A dor foi um foco de enfermagem transversal a todo o estágio, quer pelos procedimentos dolorosos que são realizados mas também pelas situações de doença causadoras de dor. Esta encontra-se presente em todos os contextos da

prática assistencial de enfermagem em pediatria pois está inerente a um número conjunto de situações de doença e que requerem cuidados de saúde, sendo que o controlo, quer seja preventivo ou curativo, é da responsabilidade dos profissionais de saúde e um direito daqueles que dela padecem (Batalha, 2010; Cunha, I, Romão, J, Ferreira, A, Vicente, C, 2013).

Ao longo do estágio tive a necessidade de aprofundar conhecimentos neste foco, em particular sobre a avaliação da dor e sobre as medidas não farmacológicas de alívio da dor, pelo que, realizei pesquisa bibliográfica que será ilustrada a abaixo.

De acordo com a CIPE® (2011), a dor é definida *como “ aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”* Esta perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, sendo que o seu controlo é uma prioridade. São várias as barreiras ao controlo e alívio da dor que se apresentam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis, como é o caso dos RNs/crianças/jovens. Estudos que têm vindo a ser realizados, documentam que as crianças são subtratadas em relação à dor. Estes estudos não apontam com certeza quais as causas para a gestão inadequada da dor mas apontam algumas razões como mitos, insuficiente conhecimento e a inadequada aplicação dos conhecimentos existentes (Cunha, I, Romão, J, Ferreira, A, Vicente, C, 2013).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (1994), *“a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”*. Deste modo, pode-se afirmar que a dor é uma experiência única, pessoal, determinada por experiências individuais prévias, pelo significado da situação e é padronizada pelos valores e crenças culturais (Batalha, 2010).

De acordo com Batalha (2010), o conhecimento atual sobre a dor aponta para que esta apresente as seguintes dimensões:

- Fisiológica – aspetos físicos, neurológicos e bioquímicos como a transdução, transmissão, modulação, percepção, vias de transmissão;
- Sensorial – relacionado com o local, intensidade e qualidade da dor;

- Afetiva – abrange as respostas emocionais quer negativas quer positivas como a ansiedade, angústia, depressão, raiva, agitação, sofrimento, medo e alívio;
- Cognitiva – atribuição de significado à dor, atitudes e convicções sobre a dor e o seu tratamento, preferências, estratégias de *coping*, conhecimentos e limitações inerentes ao próprio desenvolvimento cognitivo;
- Comportamental – manifestações comportamentais em relação à dor como expressões faciais, vocais, corporais, a relação com os outros, a consolabilidade, alterações do padrão de sono, atividades recreativas, entre outras;
- Sociocultural – fatores ambientais, familiares, étnicos, culturais, espirituais, religiosos e sociais.

A compreensão das dimensões da dor tem implicações diretas na avaliação e controlo da mesma exigindo uma intervenção individualizada e multidisciplinar.

A dor é uma experiência subjetiva, deste modo a forma como cada pessoa a vive e classifica é única e intransmissível, obrigando, assim, a uma necessidade de intervenção individualizada que passa por muito mais do que a mera administração de analgésicos. Para os RNs/crianças/jovens, a doença e a necessidade de hospitalização implicam dor e desconforto pois estes não têm desenvolvidos os mecanismos necessários para enfrentar a situação de doença. É da competência do EE em SIP, a gestão especializada da dor e do bem-estar do RN/criança/jovem, a gestão de medidas farmacológicas de alívio e controlo da dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Cunha, I, Romão, J, Ferreira, A, Vicente, C, 2013; OE, 2013).

A necessidade de internamento traz consigo uma série de implicações como pessoas estranhas, aparelhos estranhos com alarmes ruidosos, exames e procedimentos desconfortáveis e dolorosos, barulhos e luzes excessivas e a quebra do descanso/sono, que por si só, são potenciadores e causadores de dor. Deste modo, a preocupação com a dor do RN/criança/jovem surge do reconhecimento de que estes sentem dor, guardam memória de experiências dolorosas e pelo que se esta não for tratada terá consequências a longo prazo. Assim, a avaliação da dor em idade pediátrica, apresenta particularidades que implicam a sua consideração de forma singular em relação a outras faixas etárias (Batalha, 2010; DGS, 2010). Deste modo, a avaliação da dor consiste na

quantificação da sensação dolorosa recorrendo a instrumentos validados, fidedignos e clinicamente sensíveis, tendo em consideração o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança. Esta avaliação deve ser feita de forma sistemática e regular, desde o primeiro contacto, a cada 8 horas (no caso da necessidade de internamento) e sempre que a situação clínica o exija, recorrendo a escalas recomendadas (DGS, 2010).

As escalas recomendadas pela DGS (2010), são:

- No caso de RNs: *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), para UCINs; *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), adequada a RNs prematuros e de termo; *Premature Infant Pain Profile* (PIPP), validada para a avaliação da dor em procedimentos; *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* (N-PASS), utilizada para RNs em ventilação assistida;
- No caso de menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar: *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC);
- No caso de crianças entre os 4 e os 6 anos: *Faces Pain Scale – Revised* (FPS-R), válida a partir dos 4 anos e a Escala de faces de *Wong-Baker* que pode ser utilizada a partir dos 3 anos;
- No caso de crianças a partir dos 6 anos: Escala Visual Analógica (EVA) ou Escala Numérica (EN); *Faces Pain Scale – Revised* (FPS-R) e a Escala de faces de *Wong-Baker*.
- No caso de criança com multideficiência: *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised* (FLACC-R).

Cada unidade de saúde deve ter elaborado, para cada instrumento de avaliação que utiliza, um algoritmo de tratamento de acordo com a intensidade da dor. Sendo que é considerado critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10 (dor ligeira). Este algoritmo deverá incluir medidas não farmacológicas e farmacológicas de controlo e alívio da dor (DGS, 2010).

No caso dos RNs e lactentes, algumas das medidas não farmacológicas passam pela gestão dos estímulos ambientais e a utilização de medidas de conforto de maneira a reduzir o *stress* como o controlo do ruído e da luminosidade; o agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília; o posicionamento confortável do RN e manipulação mínima do RN

gravemente doente, o contato pele-a-pele ou técnica Canguru, a sucção não nutritiva, a amamentação e a utilização de soluções açucaradas (DGS, 2012; OE, 2013; Santos, LM, Ribeiro, IS, Santana, RCB, 2012).

Relativamente à sucção não nutritiva, esta está descrita que alivia a dor no RN, inclusive no RN prematuro e que diminui a dor durante procedimentos dolorosos. O uso da chupeta na sucção não nutritiva, está indicado em situação de procedimentos dolorosos pois inibe a hiperatividade e modula o desconforto, melhorando a organização do RN, reduzindo a duração do choro, das frequências cardíaca e respiratória, acalmando-o (OE, 2013; Santos, LM, Ribeiro, IS, Santana, RCB, 2012). Por sua vez, a amamentação, além dos benefícios do leite materno, quer nutricionais quer afetivos, também tem efeito ao nível do alívio da dor, pois de acordo alguns estudos, indicam que o leite materno, em particular alguns dos seus componentes têm um efeito antinocicetivo, reduzindo a duração do choro (Mekkaoui, N, Issef, I, Kabiri, M, Barkat, A, 2012).

Em relação às soluções açucaradas, estão indicadas para lactentes com idade inferior a três meses e contra-indicadas em RN com idade gestacional inferior a 28 semanas. São recomendadas em situações de procedimentos dolorosos como punções venosas, exames de diagnóstico e como complemento de outras medidas como a aplicação do EMLA®, sucção não nutritiva ou medidas de conforto. As doses recomendadas a nível internacional são a sacarose a 12%-24%, via oral, dois minutos antes do procedimento, na quantidade de 2 ml para o RN de termo e de 0,1 – 0,4 ml para o RN prematuro. A sacarose deverá ser aplicada na porção anterior da língua visto que o efeito antinocicetivo é mediado pelas papilas gustativas. A solução glicosada apresenta um efeito analgésico semelhante à sacarose (Batalha, 2010; OE, 2013). A utilização da solução açucarada antes do procedimento doloroso, parece reduzir a duração de tempo do choro, da frequência cardíaca e a expressão facial de dor (Santos, LM, Ribeiro, IS, Santana, RCB, 2012).

A utilização da sacarose está contraindicada em prematuros com idade gestacional inferior a 28 semanas, por impossibilidade de alimentação oral, intolerância à frutose, suspeita de enterocolite, atresia esofágica ou fístula traqueo-esofágica. A pausa alimentar não é contraindicação absoluta na utilização de sacarose. A principal complicação do uso de soluções açucaradas é a hiperglicemia, no entanto, preparações de sacarose a 25%-30%, quando administradas nas quantidades de 0,1-0,5 ml entre seis a oito vezes por dia no RN

de termo ou lactente, e quatro vezes no RN pré-termo, parecem ser seguras. A intolerância digestiva, habituação e risco de infecção são outras possíveis complicações teóricas (Batalha, 2010). Quando a sucção não-nutritiva e a administração de uma solução açucarada são associadas, o seu efeito analgésico é sinérgico.

No caso de crianças com mais de um mês e jovens, algumas das medidas não farmacológicas passam pela amamentação, sucção não nutritiva, contenção, técnica de distração (recorrendo à leitura, música, vídeos, exercícios de respiração), solução açucarada, técnica de imaginação guiada (conduzir a criança a um estado de concentração numa imagem mental da sua preferência e que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas); massagem; relaxamento e exercícios respiratórios; fornecimento de informação antecipatória de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, modelação (visa antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança a ser submetido a uma simulação do procedimento a que vai ser sujeito e a utilizar estratégias de enfrentamento, como a demonstração num boneco ou um vídeo) ou reforço positivo (elogiar a criança ou recompensar após o procedimento doloroso, por esta ter utilizado estratégias positivas de controlo da dor) (Batalha, 2010; OE, 2013).

Neste sentido, ao longo do meu estágio, tive sempre em consideração a avaliação da dor através de escalas apropriadas de acordo com o nível de desenvolvimento do RN/criança/jovem aplicadas nas unidades de saúde, realizando assim, o seu diagnóstico precoce, intervindo para a sua prevenção e tratamento com vista a minimizar as repercussões que esta pode provocar no RN/criança/jovem. Assim, avaliei sistematicamente a dor, no momento da avaliação inicial, em cada turno e sempre que a situação clínica o exigia, antes e depois de um procedimento doloroso, e para avaliar a eficácia das intervenções realizadas, utilizando as escalas adotadas pelas unidades de saúde. Em contexto de neonatologia, recorri à *Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), em contexto de urgência e internamento de pediatria, recorri às escalas adotadas pelas unidades que eram a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), a escala de Faces Wong-Baker. No sentido, de melhorar a avaliação sistemática da dor, foi sugerido à equipa de enfermagem, desta última unidade, a adoção das escalas preconizadas pela DGS, como o caso da Escala *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability* (FLACC) e da Escala Numérica. A utilização de escalas de avaliação

da dor, é considerada útil, visto que permite identificar um sinal tão subjetivo como a dor. Minimiza os desvios inerentes à sua interpretação, fornece maior segurança no processo de tomada de decisão, permite a utilização de uma linguagem comum na equipa multidisciplinar e permite adequar as intervenções referentes ao controlo algico, adaptados a cada situação (Batalha, 2010).

Neste foco de enfermagem, identifiquei oportunidades de otimização na aplicação dos instrumentos de avaliação da dor, em particular das escalas da dor e em relação às intervenções não farmacológicas e farmacológicas no alívio e controlo da dor. No intuito de responder a esta oportunidade de melhoria da prestação de cuidados no foco da dor, foi realizada uma formação para pares, durante o módulo II, bem como partilhei e discuti conhecimentos científicos adquiridos e baseados na evidência científica, com a equipa de enfermagem.

Com vista a melhorar o registo e o acesso a este mesmo registo, foi sugerido a otimização da folha de registo de sinais vitais de forma a incluir as várias escalas adotadas, as medidas não farmacológicas e farmacológicas utilizadas, sendo mais fácil o acesso e visualização do registo da dor, no sentido de melhorar a prática assistencial neste foco.

Relativamente às intervenções não farmacológicas por mim implementadas, durante o estágio, passaram pela diminuição da estimulação ambiental (ruído, luminosidade, manipulações excessivas); posicionamento, de acordo com a tolerância do RN; incentivo à realização da técnica do canguru; sucção não nutritiva; oferecer solução açucarada (sacarose a 24% ou glicose a 30%) e massagem, no caso de RNs e alguns lactentes. No caso das crianças e adolescentes, pude colocar em prática intervenções como: fornecimento de informação antecipatória de acordo com o estágio de desenvolvimento dos mesmos; a técnica de distração com brinquedos, histórias, jogos ou canções; o reforço positivo; a imaginação guiada; a simulação e técnicas respiratórias. Em relação às intervenções farmacológicas por mim implementadas, incluíram a utilização de um anestésico local que contém lidocaína e prilocaína, vulgarmente conhecido como EMLA® no caso de punções venosas ou punções lombares e, e da utilização de um fármaco analgésico sistémico como o caso do paracetamol, em situações de dor pós-cirurgia.

É de salientar, que os profissionais de saúde que cuidam de RNs/crianças/jovens e suas famílias, devem ter desenvolvidas competências na

gestão da dor nomeadamente no que respeita a intervenções não farmacológicas no alívio e controlo da dor. É responsabilidade dos profissionais de saúde evitar que os RNs/crianças/jovens experienciem situações de dor, pois o seu impacto tem consequências significativas a longo prazo (Cunha, I, Romão, J, Ferreira, A, Vicente, C, 2013).

Competências desenvolvidas

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objetivo:

- Aprofundar competências comunicacionais e relacionais com o RN/criança/jovem e família.

Atividades:

- Comunicar com o RN/criança/jovem e família recorrendo a estratégias e técnicas de acordo com o estágio de desenvolvimento, crenças, valores;
- Demonstrar disponibilidade e interesse para escutar e esclarecer dúvidas da criança/jovem e família.

Reflexão

De acordo com Phaneuf, M (2005), a comunicação é uma capacidade natural do ser humano e que se torna determinante com crescimento e desenvolvimento deste, implicando uma troca e partilha de informações, sentimentos e emoções.

A qualidade da comunicação entre enf^o e RN/criança/jovem e sua família, influencia o sucesso da recuperação do estado de saúde, a retenção de informação e a adesão ao regime terapêutico. A comunicação é uma ferramenta constante no trabalho de um enf^o, esta pode ser verbal ou não verbal. Segundo Phaneuf, M (2005), *“(...)a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira, uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário,*

motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento”.

O primeiro contacto que o enf^o estabelece com o RN/criança/família, é a primeira oportunidade que o enf^o tem de interagir com estes. O EE em SIP possui as competências para optar pela melhor forma de comunicação de acordo com o alvo dos seus cuidados.

Ao longo do estágio, foi possível aperfeiçoar e colocar em prática algumas técnicas de comunicação: tom de voz baixo e suave; dirigir ao RN/criança/jovem e família pelos respetivos nomes; manutenção do contacto visual; facilitar a comunicação expressiva de emoções, sentimentos, dúvidas e medos; recorrer a uma linguagem simples e clara; demonstrar disponibilidade para escutar; fazer perguntas amplas e abertas; uso do silêncio e a empatia.

Ao recorrer a algumas destas estratégias de comunicação foi possível ajudar a família na compreensão e organização dos seus conhecimentos, das suas ideias e das suas dúvidas. Por outro lado, o uso da empatia permite a compreensão acurada daquilo que a família sente e isso transmite-lhes confiança. Demonstrar disponibilidade e atenção para escutar as suas dúvidas e inquietações, é essencial, embora por vezes algumas questões e dúvidas, possam parecer menos relevantes ou até mesmos descabidas, trazem associadas outras contingências, nomeadamente falsas crenças e mitos, que necessitam de intervenção.

Se enquanto profissional de saúde nem sempre é fácil comunicar com a família, mesmo recorrendo às mais diversas estratégias e técnicas de comunicação, tornando-se por vezes uma tarefa difícil, então comunicar com os RNs/crianças/jovens pode se tornar uma tarefa aliciante pela ampla diversidade de pormenores associados a cada faixa etária.

Neste sentido, de forma a estabelecer uma relação terapêutica com o RN/criança/jovem é importante, ter em consideração alguns aspetos. No caso de RNs, é fundamental estabelecer uma relação terapêutica com os pais. É efetuado um acolhimento na unidade no qual são explicadas as normas e regras da unidade, são apresentados os profissionais e esclarecidas dúvidas e receios dos pais/família. Em contexto de neonatologia, o respeito pelo silêncio e pelo momento de luto do bebé que desejavam e a promoção da aceitação do bebé real, foram também estratégias de comunicação utilizadas por mim.

Em relação ao RN, a comunicação revela-se de enorme especificidade. A comunicação não-verbal prevalece na relação que se estabelece com este, visto que não falam, estes exprimem o que sentem através de expressões faciais, gestos e sons. Assim, durante o meu estágio, tive em consideração estes aspetos, realizando apenas os procedimentos necessários, agrupando o maior número de cuidados de enfermagem no mesmo período, minimizando o desconforto e evitando a destabilização do seu estado geral. O toque de forma suave e seguro, foi uma técnica de comunicação por mim utilizada, o contacto pele a pele e a aplicação das medidas de contenção como estratégias que promovem o conforto e a segurança, minimizando os sinais de irritabilidade, desorganização e mal-estar do RN. É importante, ensinar os pais a “lerem” os sinais de comunicação dos seus filhos, para que os pais possam compreender o comportamento dos seus filhos e responderem de forma favorável e adequada ao seu desenvolvimento neuromotor.

No caso de crianças e jovens, a abordagem inicial, nunca deve ser com avanços súbitos ou rápidos nem de forma abrupta e invasiva, deve-se respeitar o espaço pessoal da criança/jovem e família e dar tempo para que estes se sintam confortáveis. Deve ser dado tempo à criança/jovem para que esta avalie o estranho, no sentido de diminuir a sua ansiedade. A abordagem inicial é facilitada se for dirigida inicialmente à família ou então a objetos de transição como um boneco ou um peluche, em vez de o fazer diretamente à criança. O enf^o deverá colocar-se ao nível da criança e falar de forma calma e tranquila, com palavras simples, transmitindo assim tranquilidade e confiança. Aquando da realização de algum procedimento, o enf^o explica o que vai fazer e o que pode sentir a criança/jovem, permitindo que estes contactem com o material e o reconheçam (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011). As estratégias acima descritas foram por mim aplicadas ao longo do estágio, de acordo com estágio de desenvolvimento do alvo dos meus cuidados, com vista a transmitir confiança, segurança e a diminuição os níveis de ansiedade.

Por vezes, podem surgir barreiras que dificultam a comunicação entre o enf^o e RN/criança/jovem e família, como dificuldade em compreender a informação fornecida aos pais/família, informações contraditórias, ideias pré-concebidas sobre a situação de doença. Neste sentido, durante o meu estágio, tentei ultrapassar as barreiras que foram surgindo, através da gestão de tempo, mostrar disponibilidade para escutar os receios, medos, dúvidas quer das crianças/jovens quer das suas

famílias, e recorrendo a uma linguagem simples, clara e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

A linguagem não-verbal, assume-se em todas as faixas etárias de grande importância. Nas crianças devido à sua espontaneidade, raramente conseguem esconder o que sentem, sendo que é necessário avaliar a concordância entre o que a criança diz e aquilo que ela expressa e demonstra. Nos jovens, a avaliação da comunicação não-verbal complementa os aspetos da comunicação verbal pelo que o enfº deve estar atento a gestos repetitivos e tiques que poderão traduzir ansiedade, euforia ou desconforto, aferindo-os com a objetividade/coerência do discurso. Por vezes, são os elementos não-verbais não concordantes com a oralidade que alertam o enfº, para o aprofundamento de temáticas que constituem os verdadeiros problemas (Hockenberry, MJ, Wilson, D, 2011).

A comunicação não-verbal foi um dos aspetos que tive sempre consideração durante todo o estágio, não só em relação às crianças/jovens mas também em relação aos pais/família. Se nos lactentes é essencialmente através desta que o enfº comunica com estes, já nas crianças e jovens, esta não deve ser desvalorizada. Em muitas situações, a expressão facial, gestos, tom de voz podem contradizer o que está a ser comunicado de forma verbal, sendo que este foi um aspetos que tive em consideração, de forma a prestar cuidados que satisfizessem as necessidades não só do RN/criança/jovem mas também dos pais/família.

Em suma, durante o estágio penso ter desenvolvido competências comunicacionais através do emprego das mais variadas técnicas de comunicação de forma frequente, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade à criança/jovem e família.

2. Conclusão

Consciente do meu desenvolvimento pessoal e profissional e motivada para o aprofundamento de novos conhecimentos, a elaboração deste relatório, contribuiu para desenvolver uma capacidade de autoanálise e de consciencialização do desenvolvimento de competências enquanto profissional. Constituiu ainda um momento de aprendizagem e reflexão crítica, fundamentais para a consolidação de todo o trabalho e conhecimentos desenvolvidos ao longo do estágio.

Com o intuito de descrever e relatar as experiências vividas durante este estágio, e assim traçar o meu caminho no sentido da especialização, ao longo deste documento, foram numa primeira fase apresentados os objetivos deste documento e qual a metodologia utilizada para a elaboração do mesmo, e posteriormente foram explicitados os objetivos que orientaram a minha atuação, assim como as atividades realizadas no sentido de os concretizar, as limitações, dificuldades, expectativas e facilidades e apoios encontrados. Estes objetivos e atividades foram descritos tendo em consideração os domínios da prática de enfermagem, que mais se adequavam, realizando sempre uma análise crítica e reflexiva de todo o percurso, tentando assim traduzir de forma fiel o processo de aprendizagem. Deste modo, creio que os objetivos inicialmente propostos foram globalmente atingidos.

No caminho percorrido durante MEESIP, este estágio representa um passo para o desenvolvimento e consolidação de competências diferenciadas e específicas, como futura EE em SIP. Este foi um tempo de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento, quer pessoal quer profissional, na busca de conhecimento e do aperfeiçoamento profissional, no sentido de uma melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

Bibliografia

- Abreu, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau; 2007.
- Als, H, McAnulty GB. *The Nwborn Individualized care and Assessment (NIDCAP) With Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants*. Current Women's Health Reviews. 2011, August;7 (3):288-301.
- Batalha, L. *Dor em Pediatria- Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel; 2010.
- Brazelton, TB. *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 12ª Edição. Queluz de Baixo: Editorial Presença; 2010.
- Casey, A. *A partnership with child and family*. Senior Nurse. 1998; 8 (4), 8-9.
- Casey, A. *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers*. Journal of Advanced Nursing. 1995; 22; 1058-1062.
- Castro, M. *Sou seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012. [em linha]. [Consultado em 05 de Novembro de 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Sou%20o%20seu%20enfermeiro,%20por%20Enf%20Marina%20Castro.pdf>>
- Chiavenato, I. *Administração de recursos humanos. Fundamentos básicos*. São Paulo: Atlas; 2006.
- Cunha, I, Romão, J, Ferreira, A, Vicente, C. *Abordagem aos conhecimentos dos profissionais de saúde no âmbito do control da dor aguda pós-operatória em crianças*. Acta Pediátrica Portuguesa. 2013; 44 (6): 283-288.
- Diário da República – Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21de Abril; *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* [em linha]. [Consultado em 04 de Novembro de 2014]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/Aenfermagem/Documents/REPE.pdf>>.

- Diário da República – Decreto-Lei nº111/2009, de 16 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril; *Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros* [em linha]. [Consultado em 04 de Novembro de 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf>
- Diário da República - Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de Setembro; *Carreira de enfermagem* [em linha]. [Consultado em 04 de Novembro de 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009_Regime_Legal_Carreira.pdf>
- Diário Da República – Decreto-Lei nº281/2009, de 6 de Outubro. *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. [em linha]. [Consultado em 22 de Junho de 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://dre.pt/pdfgratis/2009/10/19300.pdf>>
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação da DGS nº 14/2010, de 14/12/2010. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2010.
- Direção Geral da Saúde. *Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2011.
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Orientação da DGS nº 024/2012, de 18/12/2012. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2012.
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação da DGS nº 022/2012, de 18/12/2012. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2012.
- Direção Geral de Saúde. *Plano Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2011.
- Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2012.
- Farrell, M. *Partnership in care: paediatric nursing model*. British Journal of Nursing. 1992; 3(4), 175-176.

- Feliciano, F. *Método Canguru – o prosseguir da vinculação pais-bebé prematuro*. Coimbra: Edições Almedina; 2007.
- Feitosa-Filho, G, Sena, JP, Guimarães, HP, Lopes, RD. *Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorespiratória: evidências e aspetos práticos*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009; 21 (1):65-71.
- Ferreira, L. *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?* Açores: Secção Regional Dos Açores da Ordem dos Enfermeiros; 2010 [em linha]. [Consultado em 05 de Fevereiro de 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>
- Fortin, MF. *Fundamentos e etapas no processo de Investigação*. Loures: Lusodidata; 2009.
- Goldenberg, RL, McClure, EM, Saleem, S. *A review of studies with chlorhexidine applied directly to the umbilical cord*. The American Journal of Perinatology. 2013 September; 30 (8).
- Gokşen, D, Altınok, YA, Ozen, S, Demir, G, Darcan, S. *Effects of Carbohydrate Counting Method on Metabolic Control in Children With Type 1 Diabetes Mellitus*. Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology. 2014;6(2):74-78.
- Hockenberry, MJ, Wilson, D. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 8ª edição. São Paulo: Mosby Elsevier; 2011.
- Hodgins, S, Pradhan, YV, Khanal, L, Upreti, S, Pratap, N. *Chlorhexidine for umbilical cord care: game-changer for newborn survival?* Global Health: Science and Practice. 2013; 1(1).
- International Association for the Study of Pain. *Classification of Chronic Pain*. Second Edition. Seattle: IASP Pres. 1994. [em linha]. [Consultado em 22 de Março de 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&&navItemNumber=576#Pain>

- International Council of Nurses. *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros; 2009.
- Karumbi, J, Mulaku, M, Aluvaala, J, English, M, Opiyo, N. *Topical Umbilical Cord Care for Prevention of Infection and Neonatal Mortality*. Pediatric Infectious Disease Journal. 2013 January; 32 (1):78-83.
- Mekkaoui, N, Issef, I, Kabiri, M, Barkat, A. *Analgesic effect of 30% glucose, milk and non-nutritive sucking in neonates*. Journal of Pain Research. 2012;5 573–577.
- Meleis, AI, Sawyer, LM, Im, E, Messias, DEKH, Schumacher, K. *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advanced Nursing Science. 2000 Sep;23(1):12-28.
- Mendes, M, Martins, M. *Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. Coimbra: Revista de Enfermagem Referência. 2012 Março, III série, nº6, 113-121.
- Moghaddam-Bsiri, K, Moghaddam-Basiri, M, Sadeghmoghaddam, L, Ahmadi, F. *The Concept of Hospitalization of Children from the View Point of Parentes and Children*. Iranian Journal of Pediatrics. 2011; 21: 201-208.
- Mullany, LC, Shah, R, Arifeen, SEI, Mannan, I, Winch, PJ, Hill, A, Darmstadt, GL. et al. *Chlorhexidine Cleansing of the Umbilical Cord and Separation Time: A Cluster-Randomized Trial*. Pediatrics. 2013 Abril ;131 (4);708 - 715.
- Oliveira, RS, Santos, S, Laranjo, G, Luís, A, Campos, J. Diabetes, adolescência e qualidade de vida. Acta Pediátrica Portuguesa. 2013; 44(4):156-160.
- Ordem dos Enfermeiros. *Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2006. [em linha]. [Consultado em 04 de Novembro de 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010 [em linha].

[Consultado em 22 de Junho de 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010. [em linha]. [Consultado em 22 de Junho de 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. *Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010, Volume 1.
- Fonte: Ordem dos Enfermeiros. *Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011, Volume 2.
- Ordem dos Enfermeiros. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Versão 2; 2011. [em linha]. [Consultado em 23 de Janeiro de 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros. *Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011, Volume II.
- Ordem dos Enfermeiros. *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013.
- Phaneuf, Margot. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência; 2005.

- Polit, DF, Beck, CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Sampaio, I, Graça, AM, Moniz, C. *Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquêmica: da evidência científica à implementação de um protocolo*. Acta Pediátrica Portuguesa. 2010; 41 (4):184-190.
- Santos, A. *NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados...Nascer e Crescer*, Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. 2011, VolumeXX, nº1.
- Santos, LM, Ribeiro, IS, Santana, RCB. *Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva*. Revista Brasileira Enfermagem. 2012 março/abril; 65(2): 269-75
- Sheard, NF, Clark, NG, Brand-Miller, JC, Franz, MJ, Pi-Sunyer, FX, Mayer-Davis, E. Et al. *Dietary Carbohydrate (Amount and Type) in the Prevention and Management of Diabetes*. Diabetes Care. 2004 September; 27 (9): 2266-2271.
- Shields, L. *Family-Centred Care: Effective Care Delivery or Sacred Cow?* Forum on Public Policy. 2011 (1): 1-10.
- Spagnol; CA. *(Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; 2005.
- Spiegel, G, Bortsov, A, Bishop, FK, Owen, D, Klingensmith, GJ, Mayer-Davis, EJ, Maahs, MD. *Randomized Nutrition Education Intervention to Improve Carbohydrate Counting in Adolescents with Type 1 Diabetes Study: Is More Intensive Education Needed?* Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics. 2012, November; 112 (11): 1736 – 1746.
- Souto, S. *Educação Terapêutica em Diabetologia Pediátrica. Um conceito de reflexão*. Acta Pediátrica Portuguesa. 2008;39 (4):LXII-LXIII.
- Tamez, RN. *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- Universidade Católica Portuguesa. *Regulamento Geral. Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional*. Instituto de Ciências da Saúde Do Porto. Porto; 2013.

- World Health Organization. *Care of the umbilical cord: a review of the evidence*. Geneva: WHO; 1998.
- Zupan J, Garner P, Omari AAA. *Topical umbilical cord care at birth (Review)*. The Cochrane Library. 2007; (4).

ANEXOS

ANEXO 1

Planificação da ação de formação “Os focos de atenção de enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”



Planificação da ação de formação:
“ Focos de Atenção de Enfermagem mais
comuns no primeiro ano de vida”.

Autor: Ercília Santos

Índice

1. Introdução	95
2. Análise da situação	96
3. Objetivos.....	97
4. Conteúdos.....	98
5. Metodologia.....	99
6. Organização e programação da atividade.....	100
6.1. Plano da atividade de ação de formação: " Focos de Atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida ".....	100
7. Seleção e organização de estratégias de avaliação.....	101
8. Conclusão.....	102
9. Referência Bibliográficas.....	103

ANEXOS

Anexo 1- Diapositivos da Sessão de Formação “Focos de Atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

Anexo 2 - Questionário de Avaliação da Sessão “Focos de Atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

Anexo 3 - Resultados avaliação da Sessão de Formação “Focos de atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

1. Introdução

A ação de formação “Focos de Atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida” surgiu no âmbito do estágio do Módulo I, decorrente na Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira. Este estágio decorreu no período de 28 de Abril de 2014 a 27 de Junho de 2014, enquadrado no curso Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Neste sentido, a elaboração deste documento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências no que respeita à planificação de uma ação de formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objetivos e da seleção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da atividade e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

2. Análise da Situação

O primeiro ano de vida da criança, é um período de crescimento e desenvolvimento rápido, sendo que se apresenta com o um desafio diário quer aos pais/cuidadores quer aos profissionais de saúde pelas diversas situações que vão surgindo. Este é um período de vulnerabilidade para a criança, o sistema imunitário não se encontra totalmente desenvolvido e as defesas contra as inúmeras doenças são escassas.

Os principais focos de enfermagem nesta fase da vida da criança e que pode ser um sinal/sintoma de doença são diversos pelo que aqui serão apresentados os mais frequentes: febre, diarreia, vômitos, obstipação, limpeza das vias aéreas e icterícia neonatal. O enf^o deve ser capaz de reconhecer os focos, atuar em contexto de ambulatório, ensinar os pais/cuidadores sobre o que fazer em cada situação e saber quando referenciar para uma unidade hospitalar.

3. Objetivos

A delineação de objetivos constitui uma importante parte do planeamento de uma ação de formação, visto que, com uma correta fixação de objetivos será possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano elaborado.

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos:

- Atualizar conhecimentos sobre boas práticas em contexto de prestação de cuidados de enfermagem em ambulatório de pediatria;
- Refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde, na atualidade, face aos focos identificados e as recomendações recentes;
- Refletir sobre a aplicabilidade destes conhecimentos na orientação aos pais e cuidadores de crianças no primeiro ano de vida.

4. Conteúdos

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Febre
 - Febre e hipertermia;
 - Como avaliar a temperatura;
 - O que posso fazer;
 - Medidas de arrefecimento periférico;
 - Banho frio, quente ou morno;
 - Prevenir a desidratação;
 - Administração de antipiréticos;
 - Quando referenciar para a urgência hospitalar;
- Diarreia
 - Avaliação;
 - Como tratar;
 - Tratamento farmacológico;
 - Quando referenciar para a urgência hospitalar;
- Vômitos
 - Avaliação;
 - O que fazer;
 - Administração de medicação;
 - Quando referenciar para a urgência hospitalar;
- Obstipação
 - Avaliação;
 - O que fazer;
 - Quando referenciar para a urgência hospitalar;
- Limpeza das Vias Aéreas
 - Especificidades;
 - O que fazer;
 - Quando referenciar para a urgência hospitalar;
- Icterícia Neonatal
 - Principais causas;
 - Aspetos a ter em consideração.

5. Metodologia

O método a utilizar nesta ação de formação será uma combinação do método expositivo e do método exploratório.

O método expositivo, compreende a transmissão de informação, sendo que este é unidirecional, passivo e estruturado. O método exploratório incentiva à exploração e descoberta através da interação com o público-alvo da formação, fomentando e facilitando a troca de informação nos dois sentidos.

Dado o conteúdo teórico do tema, será essencialmente utilizado o método expositivo, recorrendo à apresentação de diapositivos (Anexo 1), embora haja espaço na ação de formação para a interação e partilha de ideias e experiências. Será disponibilizada a bibliografia utilizada, para a consulta.

6. Organização e programação da atividade

A data para a realização desta ação de formação foi agendada para 03 Junho de 2014, às 15:00. Esta ação de formação será divulgada de duas formas distintas: oralmente aos enfermeiros e pela afixação da informação nas salas de trabalho, de forma a permitir que toda a equipa tome conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: 1 estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos: sala de reuniões da Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Recursos materiais: um computador portátil; um projetor;
- Recursos Financeiros: suportados pela estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

6.1.Plano da Actividade da Acção de Formação: “Focos de Atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

Tema: Focos de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida

População-alvo: Todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados da USF Terras de Santa Maria e da UCC de Santa Maria da Feira

Formador: Ercília Rute C. Santos – Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem De Saúde Infantil e Pediatria

Duração: 60 minutos

Data: 03 de Junho de 2014, às 14:00

Local: Sala de reuniões da UCC

Objetivo geral: Conhecer os principais focos de enfermagem no primeiro ano de vida e a atuação do enf^o.

Objetivos	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Atualizar conhecimentos sobre boas práticas em contexto de prestação de cuidados de enfermagem em ambulatório de pediatria;• Refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde, na atualidade, face aos focos identificados e as recomendações recentes;• Refletir sobre a aplicabilidade destes conhecimentos na	<ul style="list-style-type: none">• Febre• Diarreia• Vômitos• Obstipação• Limpeza das Vias Aéreas• Icterícia Neonatal	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método exploratório	<ul style="list-style-type: none">• PC portátil;• Data Show;• Material demonstrativo;• Fornecimento de apoio teórico-prático;	<ul style="list-style-type: none">• Oral:<ul style="list-style-type: none">▪ Questões feitas aos participantes de acordo com os objetivos;• Escrita:<ul style="list-style-type: none">▪ Questionário.

7. Seleção e organização de estratégias de avaliação

A avaliação assume-se como um momento fundamental do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação. Na introdução desta ação de formação, será realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente à temática em questão. Ao longo da formação, a avaliação formativa fornecerá dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de aprofundar algum conteúdo específico. De forma a proceder à avaliação da ação de formação, foi estabelecido o seguinte indicador de processo:

$$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Enfermeiros participantes na ação de formação}}{\text{N}^{\circ} \text{ Enfermeiros da equipa}} \right) \times 100\% = \% \text{ enfermeiros participantes na ação de formação}$$

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, será utilizado o documento de avaliação (Anexo 2), onde é avaliada a sessão por parte dos formandos. Os resultados da avaliação da sessão pelos formandos encontra-se em anexo (Anexo 3).

8. Conclusão

O reconhecimento dos focos de enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida e a forma de atuar em contexto de ambulatório, constitui muitas vezes um desafio para os enfermeiros, em particular no que diz respeito à orientação dos pais/cuidadores mas sobretudo, constitui um imperativo moral e ético de todos os enfermeiros. O reconhecimento desta realidade foi um fator determinante para o planeamento desta atividade.

Neste contexto, a ação de formação em serviço proporciona o momento ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos da equipa de enfermagem, para uma prática de cuidados de qualidade.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da ação de formação a desenvolver e será de extrema importância para a concretização dos objetivos traçados.

9. Referência Bibliográficas

- Direção Geral de Saúde. *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004; Volume 1.
- Carvalho, I; Silva, M. *Orientações Clínicas. Ambulatório em Idade Pediátrica*. Porto: Urgência Pediátrica Integrada do Porto; 2008.
- Hockenberry, MJ; Wilson, D. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 8ª edição. São Paulo: Mosby Elsevier; 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Versão 2; 2011. [em linha]. [Consultado em 09 de Maio de 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Silva, A. *Consensos Nacionais: Icterícia Neonatal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2004.

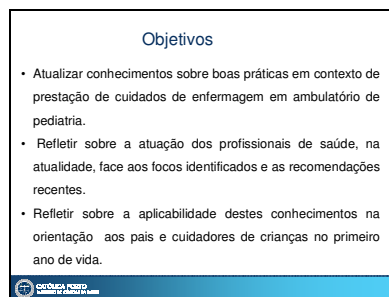
ANEXOS

ANEXO 1
Diapositivos da Sessão de Formação “Focos de atenção de
Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

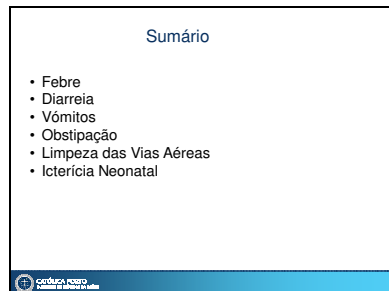
Diapositivo 1



Diapositivo 2



Diapositivo 3




Diapositivo 4

Febre


"Elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressaltos, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada."

CIPE®, Versão2, 2011



Diapositivo 5

Febre



Para além da variação individual, a temperatura varia com a idade, a atividade física e ao longo do dia. Geralmente, oscila entre os 36 e os 37° C, de manhã, e perto dos 38° C (retal), à tarde.

A febre não é uma doença mas sim um sinal.

DGS, 2004



Diapositivo 6

Febre

- A febre parece desempenhar um papel importante como mecanismo de defesa contra a infeção.
- A administração de antipiréticos tem, assim, como finalidade única a prevenção das complicações associadas ao aumento de temperatura (convulsões febris e desidratação), ao mesmo tempo que proporciona mais conforto ao lactente/criança/jovem.

DGS, 2004




Diapositivo 7

Febre


- **Febre e hipertermia**
 - O ponto de ajuste é a medida de temperatura corporal relacionada a um mecanismo semelhante a um termostato no hipotálamo;
 - A febre é uma elevação do ponto de ajuste, de maneira que a temperatura corporal é regulada para um nível mais alto; é arbitrariamente definida como a temperatura acima de 38°C ;
 - A hipertermia é a temperatura corporal que excede o ponto de ajuste, que geralmente resulta de condições internas ou externas que gera mais calor que o corpo pode eliminar, como ex: insolação, intoxicação por aspirina, convulsões ou hipertiroidismo.

HOCKENBERRY/WINKELSTEIN, 2011




Diapositivo 8

Febre


- **Como avaliar a temperatura?**
 - Deve-se avaliar a temperatura axilar, visto ser mais segura e fidedigna.
 - A temperatura timpânica pode não refletir com precisão a temperatura central.
 - A avaliação da temperatura retal, reflete a temperatura central, contudo pode causar traumatismo do ânus e contaminação.


DGS, 2004



Diapositivo 9


Febre

- **O que posso fazer?**
 - Despistar possível sobreaquecimento:
 - Retirar o excesso de roupa (mantas, cobertor, casaco e deixar só com a roupa interior) e verificar se a temperatura se mantém ou continua a subir.
 - Se se mantiver a situação, e a temperatura atingir 38°C, administrar um antipirético.




Diapositivo 10

Febre



- Na subida térmica, quando a criança está com calafrios e extremidades frias, deve-se aquecê-la (roupa, cobertor), após a administração do antipirético (Paracetamol).
- Na descida, há que permitir a libertação de calor, logo, retirar a roupa.

DGS, 2004

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal


Diapositivo 11

Febre

- **Medidas de arrefecimento periférico:**
 - Usar o mínimo de roupa (ficar só com a roupa interior);
 - Expor a pele ao ar;
 - Gerir ambiente físico (reduzir a temperatura ambiente);
 - Aumentar a circulação de ar;
 - Aplicar compressas húmidas e mornas na pele (ex.: testa);


Devem ser aplicadas estas medidas se forem toleradas pela criança e não induzirem o calafrio. Contudo, estas medidas são eficazes se executadas aproximadamente uma hora após a administração do antipirético, de modo que o ponto de ajuste seja reduzido.

HOCKENBERRY,WINKELSTEIN, 2011

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal


Diapositivo 12

Febre



- **Banho Frio, Quente Ou Morno?**
- O arrefecimento por banho ou toalhas é discutiível. A sua finalidade seria facilitar uma rápida redução da temperatura corporal em alguns graus.
- O banho é à temperatura corporal normal (37°C) e não deve ser superior a 10 minutos, para impedir que a evaporação faça baixar mais ainda a temperatura periférica.
- Estas medidas de arrefecimento devem ser sempre associadas a terapêutica farmacológica (Paracetamol), pois isoladas aumentam a conservação e produção de calor.
- Esta medida é ineficaz em crianças febris quer seja usada isoladamente ou em associação com antipiréticos (só são eficazes em casos de hipertermia).


DGS,2004;HOCKENBERRY;WINKELSTEIN,2011

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal

Diapositivo 13

Febre

- **Prevenir a Desidratação:**
 - A febre conduz sempre a perdas aumentadas de água, nomeadamente pela transpiração e também pela anorexia.
 - Vigiar o estado de desidratação (perda de peso, olhos encovados, pele pálida, fontanela abaulada, lábios secos).
 - Oferecer líquidos com frequência, de acordo com a sua preferência.




Sociedade Portuguesa de Pediatria
Ministério da Saúde

DGS, 2004

Diapositivo 14

Febre

- Se a mãe estiver a amamentar, deve continuar a dar de mamar.
- Durante a convalescença, o apetite do lactente/criança vai melhorar.
- Não há, portanto, qualquer indicação para vitaminas ou estimulantes do apetite, em circunstâncias habituais.




Sociedade Portuguesa de Pediatria
Ministério da Saúde

DGS, 2004

Diapositivo 15

Febre

- **Administração de Antipiréticos:**
 - O **paracetamol** é o antipirético de escolha nos lactentes e crianças. A sua eficácia e segurança foram bem estabelecidas em numerosos estudos clínicos e em mais de três décadas de uso.
- A dose recomendada é de **10-15 mg/Kg, cada 4-6 horas, até 5 vezes nas 24 horas.**



Sociedade Portuguesa de Pediatria
Ministério da Saúde


DGS, 2004

Diapositivo
16

Febre

- O **ibuprofeno** é uma alternativa eficaz ao paracetamol. Vários estudos têm demonstrado a eficácia e segurança de terapêuticas curtas de ibuprofeno nas crianças febris.
- A dose recomendada é de **5 – 10 mg/Kg/dose, cada 6-8 horas**.

DGS, 2004


 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal

Diapositivo
17

Febre

- **ATENÇÃO**
- Uma das maiores causas de intoxicação em crianças com idade inferior a 10 anos é a sobredosagem. A **dose a administrar deve ser ajustada ao peso da criança e não à idade**.
- Não deverão usar mais que um tipo de apresentação em simultâneo (supositórios mais xarope, por exemplo), o que pode conduzir a sobredosagem.

DGS, 2004


 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal

Diapositivo
18

Febre

- O uso de **ácido acetilsalicílico** como antipirético em crianças menores de 12 anos não está indicado, devido à possível associação com a síndrome de Reye.
- Em relação ao **nimesulide**, as formulações pediátricas foram retiradas do mercado português em Março de 1999, devido ao risco de toxicidade hepática.

DGS, 2004

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal


Diapositivo 19

Febre

• **Alternar Antipiréticos?**

- Não há evidência científica de que a terapêutica antipirética alternando dois medicamentos conduza a uma descida mais rápida da temperatura ou tenha uma maior eficácia do que qualquer dos agentes na dose adequada, isoladamente.
- A administração alternada com paracetamol e ibuprofeno pode ser confusa para os pais, levando a erros de dosagem e a um aumento do risco de toxicidade, visto que as doses de cada um são diferentes.
- Uma vez que ambos os fármacos são excretados pelo rim, a desidratação, mesmo ligeira, que acompanha muitos estados febris das crianças, pode precipitar uma insuficiência renal, pelo efeito sinérgico de ambos na medula renal.

DGS, 2004


 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal

Diapositivo 20

Febre


**A monoterapia deve permanecer a regra
na prescrição de antipiréticos em
Pediatria, usados na posologia segura
e eficaz.**

DGS, 2004

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal


Diapositivo 21

Febre




Apenas em situações pontuais e excepcionais poderá ter que se recorrer à utilização de dois antipiréticos diferentes, no mesmo episódio febril.

DGS, 2004

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal


Diapositivo 22

Febre



- **Quando Referenciar Para a Urgência Hospitalar:**
- Presença de sinais meníngeos, dificuldade respiratória, prostração, vômitos incoercíveis, desidratação, mau estado geral;
- Suspeita de sepsis: letargia, má perfusão periférica, cianose, taquipneia ou bradipneia, hipotensão, diátese hemorrágica;
- Lactente com menos de 3 meses de idade;
- Febre com mais de 5 dias de evolução;
- Necessidade de realizar exames complementares.

DGS, 2004


 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal

Diapositivo 23

Diarreia


"Fluxo e defecação de fezes soltas, líquidas, não moldadas; aumento de frequência de defeções, acompanhada de aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência na defecação."

CIPE®, Versão2, 2011

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal


Diapositivo 24

Diarreia



- A gastroenterite aguda é uma das principais causas de morbilidade e de internamento na idade pediátrica, em todos os países do mundo, sendo responsável por uma elevada mortalidade nos países em vias de desenvolvimento.
- O sintoma principal é a diarreia, que se define como o aumento da frequência das defeções e diminuição da consistência das fezes. Resulta dum aumento da excreção intestinal de água e solutos. Pode ser acompanhada de vômitos ou febre.

DGS, 2004

 **Sociedade Portuguesa de Pediatria**
Associação de Pediatras de Portugal

Diapositivo 25

Diarreia


•Segundo a OMS, a Diarreia é definida como " *Eliminação de fezes líquidas ou semilíquidas em número de 3 ou mais dejeções em 12 horas, ou, uma dejeção de fezes com muco, sangue ou pus*". A duração da diarreia aguda deverá ser igual ou inferior a duas semanas.

DGS, 2004

Diapositivo 26

Diarreia

- A etiologia mais frequente é viral (50% a 80%), por Rotavírus, Adenovírus e outros.
- Cerca de 5% a 10% tem causa bacteriana, sendo que a *salmonella* encabeça a lista.



DGS, 2004

Diapositivo 27

Diarreia

Independente da causa, ocorre sempre na gastroenterite aguda um desequilíbrio, a nível intestinal, entre a absorção e secreção dos eletrólitos e nutrientes, principalmente do sódio, quer por inibição da absorção, quer por aumento da secreção. O movimento da água é passivo, acompanhando o dos eletrólitos ou das forças osmóticas (diarreias osmóticas).


DGS, 2004

Diapositivo 28

Diarreia

A gastroenterite aguda pode também conduzir quer a uma má absorção proteica e quer de hidratos de carbono, habitualmente de carácter transitório. A realimentação precoce, logo após o período de reidratação, deve ser a regra, porque uma dieta hipoproteica e hipocalórica aumenta o grau de malnutrição, a qual contribui para prolongar a doença.

DGS, 2004

 **colúmbia negro**
Nutrição e Alimentação


Diapositivo 29

Diarreia

• **Avaliação:**

- Anamnese:
 - Epidemiologia: época do ano, viagens, idade da criança, se frequente creche ou ama, o tipo de alimentação, erros alimentares, doença aguda ou crónica;
 - Sintomatologia associada: febre, vômitos, tenesmo, dor abdominal, sintomas respiratórios, má evolução ponderal;
 - Número e características das dejeções;
 - Diurese;
 - Hidratação oral.
- Exame físico:
 - Avaliar o peso, sinais vitais e sinais de desidratação.

DGS, 2004

 **colúmbia negro**
Nutrição e Alimentação

Diapositivo 30


Diarreia

Quadro III – Grau de desidratação

	LEVE	MODERADA	GRAVE
% de perda (agudo, em 24-48h) de peso corporal*	< 5	5-10	> 10
Estado geral	Bom, alerta	Irritado	Letárgico ou inconsciente
Sede	Normal	Sedento	Dificuldade em beber
Olhos	Normais	Encovados	Muito encovados
Mucosas	Húmidas	Secas	Muito secas
Pele	Sem prega cutânea	Prega cutânea	Prega cutânea acentuada
Densidade urinária	≤ 1020	1020-1030	> 1030

* % de perda de peso = $\frac{\text{Peso anterior} - \text{Peso actual}}{\text{Peso anterior}} \times 100$

DGS, 2004


 **colúmbia negro**
Nutrição e Alimentação

Diapositivo
31

Diarreia

- **Avaliação Laboratorial:**
 - Justifica-se apenas nos casos de mau estado geral, desidratação grave ou suspeita de desidratação hipernatrémica. Deverá incluir ureia, creatinina, ionograma, pH e reserva alcalina do sangue.
 - A coprocultura e o exame parasitológico de fezes estão indicados no caso de epidemia, diarreia sanguinolenta, história de toxinfecção alimentar, viagens recentes ou diarreia arrastada.

DGS, 2004





Diapositivo
32

Diarreia

- **Como tratar?**
 - Hidratação Oral:
 - Nas situações de desidratação ligeira a moderada, a terapêutica pode ser efetuada em ambulatório e com vista à correção e prevenção da desidratação, mas também a realimentação. Baseia-se na utilização de solutos glucoelectrolíticos ou soro de reidratação oral (SRO).
 - Inicialmente, deve ser administrado em pequenas quantidades – 5-20 ml por seringa ou à colher, em intervalos regulares, aumentando-se o volume conforme a tolerância.

DGS, 2004






Diapositivo
33

Diarreia

- A quantidade de solução a administrar é correspondente à perda de peso. Por exemplo: uma criança de 10 Kg com 5% de desidratação perdeu 500g, logo, deve beber 500ml de SRO em 4 horas. Deve haver uma reavaliação clínica 2 horas depois e outra no fim do tempo de reidratação para se avaliar a sua eficácia.

DGS, 2004



Diapositivo 34

Diarreia

- **Cálculo das Necessidades Hídricas:**
 - Manutenção:
 - 100 ml/kg pelos primeiros 10kg de peso;
 - 50 ml/kg pelos seguintes 10kg de peso;
 - 20 ml/kg pelos restantes

Ex: criança c/22 kg: $(10 \times 100) + (10 \times 50) + (2 \times 20) = 1540$ ml/ dia

Perdas correntes: 10 ml/kg por vômito ou dejeção

DGS, 2004

CONCEÇÃO RIBEIRO
Nutricionista e Especialista em Saúde


Diapositivo 35

Diarreia

- **Solutos de reidratação oral**

	OSMOLARIDADE mmol/l	SÓDIO mEq/l	GLUCOSE mg/l
ESPGHAN	200-250	60	74-111
Solução OMS 2002	245	75	75
Dioralyte®	NR	60	100
Miltina Electrolyte®	230	60	89
Redrate®	NR	90	111

Não se recomenda a utilização de preparados caseiros ou bebidas gasificadas, por conterem pouco sódio e açúcar em excesso, podendo assim agravar o quadro clínico.


DGS, 2004

CONCEÇÃO RIBEIRO
Nutricionista e Especialista em Saúde

Diapositivo 36

Diarreia

Em 2001, a ESPGHAN definiu os "SEIS PILARES DA TERAPÊUTICA CORRECTA DA GASTROENTERITE AGUDA", a aplicar no ambulatório, nos casos acompanhados de desidratação ligeira ou moderada :

- 1. Corrigir a desidratação estimada, em 3-4 horas, utilizando soluções de reidratação oral (SRO);
- 2. Utilizar soluções hiposmolares (Na-60mmol/L, glucose-74-111 mmol/L);
- 3. Nunca suspender o aleitamento materno;

DGS, 2004


CONCEÇÃO RIBEIRO
Nutricionista e Especialista em Saúde

Diapositivo 37

Diarreia

- 4.Reiniciar a alimentação precocemente, no final das 4 horas de reidratação;
- 5.Prevenir a recorrência da desidratação, suplementando com SRO (10ml/Kg/dejeção diarreica) a terapêutica de manutenção, (os refrigerantes, bebidas açucaradas ou bebidas para desportistas não estão indicados);
- 6.Não administrar medicação desnecessária.

DGS, 2004


 **SAÚDE PÚBLICA**
Sistema Nacional de Saúde

Diapositivo 38

Diarreia

- **Tratamento Farmacológico:**
 - Os antibióticos não estão recomendados visto a principal causa ser de origem viral. Mesmo nos casos de suspeita de etiologia bacteriana como a maioria das situações é autolimitada, o uso de antibióticos favorece o estado de portador crónico e aumenta a resistência aos fármacos.

DGS, 2004


 **SAÚDE PÚBLICA**
Sistema Nacional de Saúde

Diapositivo 39

Diarreia

- A prescrição de antimicrobianos só está indicada nos casos de doença invasiva por *Salmonella typhi* e *shigella* ou na amebíase e também na giardíase. Poderá ser considerada em casos particulares (lactentes com menos de 6 meses, malnutridos, imunodeprimidos ou portadores de doença sistémica grave).


DGS, 2004

 **SAÚDE PÚBLICA**
Sistema Nacional de Saúde

Diapositivo 40

Diarreia

- Não devem ser prescritos antieméticos ou antidiarreicos, porque não só não são eficazes, como podem ter efeitos nocivos.
- O uso de probióticos é, ainda, controverso. Embora alguns estudos, comprovem que quando administrados precocemente têm eficácia na diarreia de origem vírica.
- Relativamente aos antipiréticos, deve ser preferido o paracetamol, por via oral, nas doses recomendadas.




DGS, 2004

Diapositivo 41

Diarreia


- **Quando Referenciar Para a Urgência Hospitalar:**
 - Desidratação moderada ou grave;
 - Falência da hidratação oral:
 - por incapacidade de administração dos prestadores de cuidados;
 - por intolerância da criança (manutenção dos vômitos, ingestão insuficiente ou recusa de ingestão);
 - por agravamento do quadro clínico, diarreia e/ou desidratação, apesar da reidratação correta.
 - Idade inferior a 3 meses;
 - Mau estado geral;
 - Doença de base;
 - Família insegura




DGS, 2004

Diapositivo 42

Diarreia



- **Ensinar comportamentos que diminuem o risco de disseminação:**
 - Lavar bem as mãos após mudar a fralda à criança; há soluções desinfetantes que poderão ser utilizadas;
 - Os brinquedos e outros objetos utilizados pela criança deverão ser lavados com frequência;
 - O local da mudança da fralda deve ser desinfetado;
 - Alguma cautela com o contacto da criança com outros irmãos.




DGS, 2004


Diapositivo
43

Vômitos

"Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esôfago e para fora da boca."



CIPE®, Versão2, 2011


 **Fundação Nêpo**
Instituto de Educação de Saúde

Diapositivo
44

Vômitos

O vômito define-se como a expulsão, voluntária ou involuntária, do conteúdo gastrointestinal, pela boca, acompanhado pela contração dos músculos abdominais.


DGS, 2004

 **Fundação Nêpo**
Instituto de Educação de Saúde

Diapositivo
45

Vômitos

- É um sintoma muito comum na idade pediátrica, mas, embora a causa mais frequente seja a gastroenterite aguda, pode haver outras etiologias.
- Os vômitos persistentes podem desencadear quadros de desidratação e perturbações importantes do equilíbrio hidroelectrolítico.
- O ato de vomitar divide-se em três fases: náusea, ânsia de vomitar e vômito.


 **Fundação Nêpo**
Instituto de Educação de Saúde

Diapositivo 46

Vômitos

- **Avaliação:**
 - Anamese:
 - Em que circunstâncias é que o vômito ocorreu e a relação com as refeições;
 - O tipo: Em jato, provocado, desencadeado por acesso de tosse;
 - Frequência dos vômitos;
 - Características: alimentar, "leite coalhado", sangue vivo ou digerido, bilioso, cheiro fecaloide;
 - Se há sintomatologia associada: febre, emagrecimento, dor abdominal (tipo, relação com o vômito), diarreia, hematoqueia, sintomatologia do sistema nervoso autónomo (palidez, taquicardia, sudorese), sintomas relacionados com outros órgãos ou sistemas (cefaleias, convulsões, otalgia, odinofagia, tosse, dispneia, disúria, lombalgia)
 - Se há alguma doença crónica de base (metabólica, gastrointestinal, do sistema nervoso central, alergias);

DGS, 2004

 **centro nacional**
de vigilância e controlo de doenças


Diapositivo 47

Vômitos

- Antecedentes de cirurgia gastrointestinal;
- Medicação atual (antibióticos, analgésicos, antiepilépticos)
- Possibilidade de intoxicação;
- Hábitos alimentares (diluição dos biberões, novos alimentos introduzidos)
- na dieta, quantidade excessiva);
- Fatores psicológicos: perdas ou mudanças recentes, relação mãe-filho, ansiedade nas refeições.

- Exame físico:
 - Estado geral: estado de alerta/prostração, emagrecimento, desidratação, desnutrição, sinais vitais;
 - Abdômen: forma (escavado, distendido), dor à descompressão, organomegalia;
 - Outros sinais importantes: hálito cetônico, erupção cutânea, sinais meníngeos.

DGS, 2004


 **centro nacional**
de vigilância e controlo de doenças

Diapositivo 48

Vômitos

- **O que fazer?**
 - Repor o equilíbrio hidroeletrólítico:
 - Se estiver a amamentar, a mãe deverá continuar a dar de mamar;
 - Promover a hidratação oral, utilizando os solutos adequados existentes no mercado (soro de reidratação oral – SRO). Inicialmente, deve ser administrado em pequenas quantidades – 5-20 ml por seringa ou à colher, em intervalos regulares, aumentando-se o volume conforme a tolerância.
 - Recorrendo à hidratação endovenosa, em meio hospitalar, em casos de vômitos incoercíveis, desidratação superior a 10% ou situação clínica na qual a via oral não está disponível.
- Tratar a causa:
 - Sempre que possível a causa deverá ser identificada e tratada.

DGS, 2004

 **centro nacional**
de vigilância e controlo de doenças

Diapositivo
49

Vômitos

- **Administração de Medicação:**
- Na idade pediátrica, o uso de antieméticos não está indicado, salvo em situações muito excecionais (terapêutica antineoplásica, por exemplo).
- Não é eficaz e pode ter ações secundárias graves (ex. sinais extrapiramidais), mesmo em doses corretas.

DGS, 2004

CONTÚCA, NUNO
Médico de Família e Comunidade

Diapositivo
50

Vômitos

- **Quando Referenciar para a Urgência Hospitalar:**
- Mau estado geral e sensação ou sintomas compatíveis com doença grave;
- Desidratação superior a 10%;
- Vômitos incoercíveis após tentativa de reidratação oral;
- Idade inferior a 3 meses;
- Necessidade de exames complementares.


DGS, 2004

CONTÚCA, NUNO
Médico de Família e Comunidade

Diapositivo
51

Obstipação

"Diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas."



CIPE®, Versão2, 2011


CONTÚCA, NUNO
Médico de Família e Comunidade

Diapositivo
52

Obstipação

Alteração na frequência, consistência ou facilidade na eliminação das fezes. Defecações dolorosas, por vezes raiadas de sangue ou a retenção de fezes mesmo com frequência de defeções superior a 3 por semana.

HOCKENBERRY:WINKELSTEIN, 2011



odontologia **nauro**
Instituto de Odontologia de Lisboa

Diapositivo
53

Obstipação

A etiologia pode estar associada a uma variedade de problemas orgânicos ou associada a uma ampla variedade de problemas sistémicos. Por exemplo, distúrbios estruturais como estenose, ânus ectópico podem ter obstipação associada. Doenças sistémicas como hipotiroidismo, hipercaliémia ou hipervitaminose D, podem também ter associada a obstipação.

DGS, 2004

odontologia **nauro**
Instituto de Odontologia de Lisboa

Diapositivo
54

Obstipação

- No período neonatal, o recém-nascido tem a sua primeira eliminação de mecónio entre as 24 a 36 horas após o nascimento. Nas situações em que isto não aconteça, o recém-nascido deverá ser observado para verificar atresia, estenose intestinal, hipotiroidismo, rolhas meconiais ou íleo meconial.
- Na primeira infância, a obstipação pode resultar de problemas orgânicos como estenoses ou hipotiroidismo. Mas na maioria das vezes está relacionado com a alimentação, como no caso da introdução do leite de vaca.


HOCKENBERRY:WINKELSTEIN, 2011

odontologia **nauro**
Instituto de Odontologia de Lisboa

Diapositivo 55

Obstipação


- **Avaliação:**
 - Anamnese:
 - Primeira defeção;
 - Dieta;
 - Hábitos intestinais;
 - Características das fezes: cor, consistência, frequência, cheiro;
 - Idade de aparecimento dos sintomas
 - Eventos associados ao início da obstipação;
 - Medicamentos;
 - Antecedentes patológicos.



Diapositivo 56

Obstipação

- Exame físico:
 - Estado geral: estado de alerta/prostração, emagrecimento, desidratação, desnutrição, sinais vitais;
 - Abdômen: forma (escavado, distendido), dor à descompressão, organomegalia.





Diapositivo 57

Obstipação

• **O Que Fazer?**

- No recém-nascido:
 - Fazer massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio;
 - Fazer flexão das pernas sobre o abdômen, fazendo uma pequena pressão;
 - Em situações de grande desconforto abdominal, acompanhados de dor, irritabilidade, distensão abdominal, e quando já não tem defeções há pelo menos 2 dias, efetuar estimulação retal (com a ponta de uma toalha húmida no ânus ou com uma cânula de um microclister).






Diapositivo
58

Obstipação

—No pequeno lactente:



- Fazer massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio;
- Fazer flexão das pernas sobre o abdômen, fazendo uma pequena pressão;
- Aumentar a quantidade de líquidos ingerida;
- Aumentar o número de mamadas;
- Se apesar de as medidas anteriores, a obstipação persistir deve-se ponderar o tratamento farmacológico (laxantes orais, enemas ou supositórios).

DGS, 2004; HOCKENBERRY/WINKELSTEIN, 2011

 Colégio Nuno
Escola de Educação de Saúde

Diapositivo
59


Obstipação

— Na primeira infância:

- Aumentar a quantidade de líquidos ingerida;
- Aumentar a quantidade de alimentos ricos em fibras, como os cereais, vegetais e frutas;
- Fazer massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio;
- Fazer flexão das pernas sobre o abdômen, fazendo uma pequena pressão;
- Se apesar de as medidas anteriores, a obstipação persistir deve-se ponderar o tratamento farmacológico (laxantes orais, enemas ou supositórios).

DGS, 2004; HOCKENBERRY/WINKELSTEIN, 2011

 Colégio Nuno
Escola de Educação de Saúde


Diapositivo
60

Obstipação

•Quando Referenciar para a Urgência Hospitalar:


- Mau estado geral e sensação ou sintomas compatíveis com doença grave;
- Se obstipação persistir por mais de uma semana;
- Dejeções forem acompanhadas de dor intensa;
- Dejeções duras e com sangue;
- Distensão abdominal importante;
- Anorexia ou sinais de desidratação.

DGS, 2004

 Colégio Nuno
Escola de Educação de Saúde


Diapositivo 61

Limpeza Das Vias Aéreas



"Manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório."

CIPE® Versão2, 2011

 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**


Diapositivo 62

Limpeza Das Vias Aéreas

• **Especificidades:**

- Os pulmões não estão totalmente desenvolvidos;
- Os alvéolos vão aumentando em tamanho e número;
- Frequência respiratória 30-40 ciclos/minuto;
- Respiração diagramática;
- Até cerca dos 4-6 meses os lactentes respiram quase exclusivamente pelo nariz □ permeabilização das narinas

HOCKENBERRY-WINKELSTEIN 2011


 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Diapositivo 63

Limpeza Das Vias Aéreas

- A obstrução nasal é muito frequente nos lactentes e em crianças pequenas. Muitas vezes associada a infeções respiratórias.
- Nos lactentes, as cavidades nasais são pequenas e estreitas e facilmente ficam obstruídas com secreções e com edema.

HOCKENBERRY-WINKELSTEIN 2011


 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Diapositivo
64

Limpeza Das Vias Aéreas

- A obstrução nasal pode interferir na respiração e na alimentação dos lactentes;
- A obstrução nasal pode contribuir para o desenvolvimento de outras patologias, nomeadamente otites e sinusites.


HOCKENBERRY WINKELSTEIN 2011




Diapositivo
65

Limpeza Das Vias Aéreas

- *O Que Fazer?*
 - Instilar soro fisiológico na cavidade nasal;
 - Executar técnica de inaloterapia através de nebulizador ;
 - Aspirar secreções da cavidade oral/nasal.






Diapositivo
66

Limpeza Das Vias Aéreas


- *Quando Referenciar para a Urgência Hospitalar:*
 - Mau estado geral e sensação ou sintomas compatíveis com doença grave;
 - Sinais de dificuldade respiratória (tiragem, adejo nasal, retração xifóidea, cianose localizada ou generalizada, taquipneia);
 - Prostração, febre, anorexia, desidratação;
 - Impossibilidade de garantir cuidados;
 - Meio social desfavorável;
 - Lactentes com idade inferior a três meses.

DGS.2004-HOCKENBERRY WINKELSTEIN, 2011




Diapositivo 67

Icterícia Neonatal




- A Icterícia neonatal define-se como sendo a coloração amarelada da pele e mucosas em consequência da acumulação de bilirrubina no sangue.
- Cerca de 67% dos recém-nascidos de termo ficam icterícios.
- Nos recém-nascidos pré-termo, a hiperbilirrubinémia atinge cerca de 80%, sendo mais grave e com uma duração mais prolongada, devido à imaturidade dos eritrócitos, do fígado e do trato gastro-intestinal.
- Asiáticos e nativo americanos têm valores mais elevados de bilirrubina.
- Sexo masculino tem valores mais elevados de bilirrubina (desconhece-se o motivo).
- Com evolução céfalo-caudal.

HOOGENSEBERRY/WINWELSTEIN 2011 | SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004


Diapositivo 68

Icterícia Neonatal


- **Principais causas:**
 - Prematuridade;
 - Icterícia associada à amamentação ou ao leite materno;
 - Produção excessiva de bilirrubina (ex: doença hemolítica, desequilíbrios bioquímicos);
 - Défice do fígado em secretar bilirrubina conjugada (ex: deficiência enzimática);
 - Excesso ou produção de bilirrubina (ex: sepsis);
 - Predisposição genética;
 - Co-morbididades (ex: hipotireoidismo, filho de mãe diabética).

HOOGENSEBERRY/WINWELSTEIN 2011 | SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004


Diapositivo 69

Icterícia Neonatal

- **Aspetos a ter em atenção:**
 - **Anamnese:**
 - Coloração da pele e mucosas e sua evolução;
 - Número de mamadas e sua eficácia;
 - Número e características das micções e dejeções;
 - Estimular a produção de leite;
 - Suporte emocional à família;
 - Encaminhar para o Hospital.

HOOGENSEBERRY/WINWELSTEIN 2011 | SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004


Diapositivo 70

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde. *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004; Volume 1.
- Carvalho, I; Silva, M. *Orientações Clínicas. Ambulatório em Idade Pediátrica*. Porto: Urgência Pediátrica Integrada do Porto; 2008.
- Hockenberry, MJ; Wilson, D. Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 8ª edição. São Paulo: Mosby Elsevier; 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Versão 2; 2011. [em linha]. [Consultado em 09 de Maio de 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordem.enfermeiros.pt/bowserCIPE/BowserCIPE.aspx>>
- Silva, A. *Consensos Nacionais: Ictericia Neonatal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2004.

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**
Associação de Pediatras de Portugal

ANEXO 2

Questionário de avaliação da Sessão de Formação “Focos de atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

Avaliação da sessão de formação

Ação de formação: “Focos de atenção de enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

Local: Sala de reuniões da UCC

Data: 03 de Junho de 2014

Duração: 1 hora

Destinatários: Todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados da USF Terras de Santa Maria e da UCC de Santa Maria da Feira

Formador: Ercília Rute Coimbra dos Santos – Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Preencha com uma cruz o quadrado correspondente à sua opinião/satisfação, sendo que 1- Nada, 2 – Pouco, 3 - Muito e 4 – Totalmente.

Avaliação global	1	2	3	4
Os conteúdos da formação foram claros				
A duração da ação/sessão foi adequada				
As instalações foram adequadas				
Os meios audiovisuais foram adequados				
A metodologia foi adequada				

Avaliação do impacto da formação	1	2	3	4
Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos				
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções				
Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho				
Os conhecimentos adquiridos permitirão contribuir para o meu desenvolvimento profissional				

Avaliação do formador	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto				
A relação estabelecida com o formador foi adequada				
O formador estava motivado				
O formador estava disponível para esclarecer dúvidas				

ANEXO 3

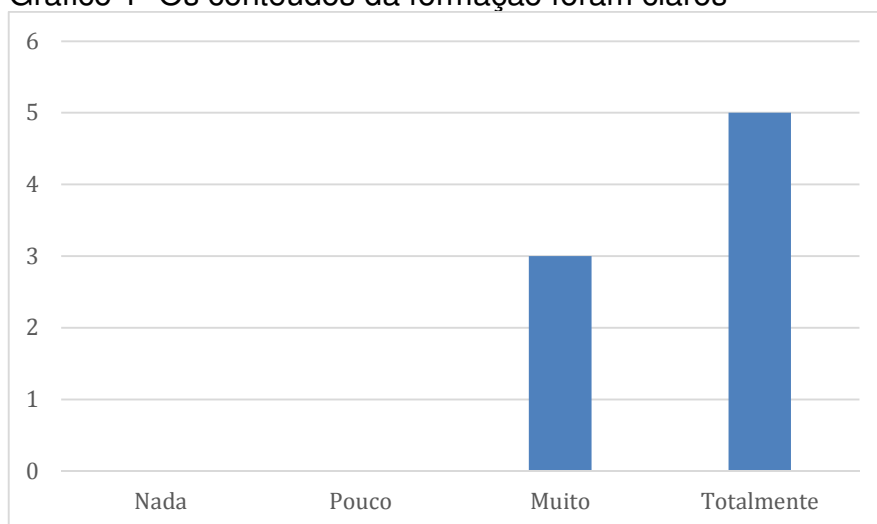
Resultados avaliação da Sessão de Formação “Focos de
atenção de Enfermagem mais comuns no primeiro ano de vida”

A formação teve como população-alvo os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade e da Unidade de Saúde Familiar, em particular os enfermeiros, no entanto só estiveram presentes enfermeiros, num total de oito (n=8). A percentagem de enfermeiros presentes na ação de formação foi de 57, 1%, uma percentagem razoável e de acordo com as minhas expetativas.

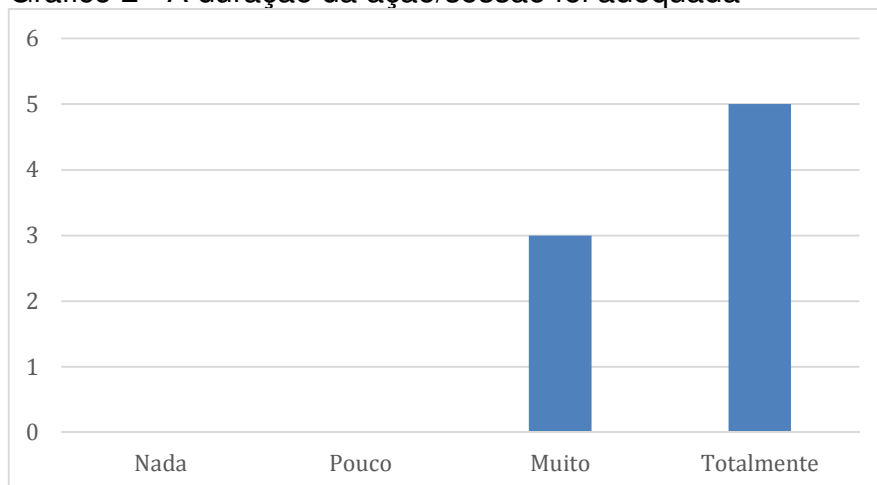
Em relação, a avaliação desta sessão, sendo que era composta por vários itens: Avaliação Global, este é composto por 5 sub-itens; Avaliação do impacto da da formação, com 4 sub-itens e Avaliação do formador, com 4 sub-itens. Sendo apresentado a seguir os seguintes gráficos:

Avaliação Global

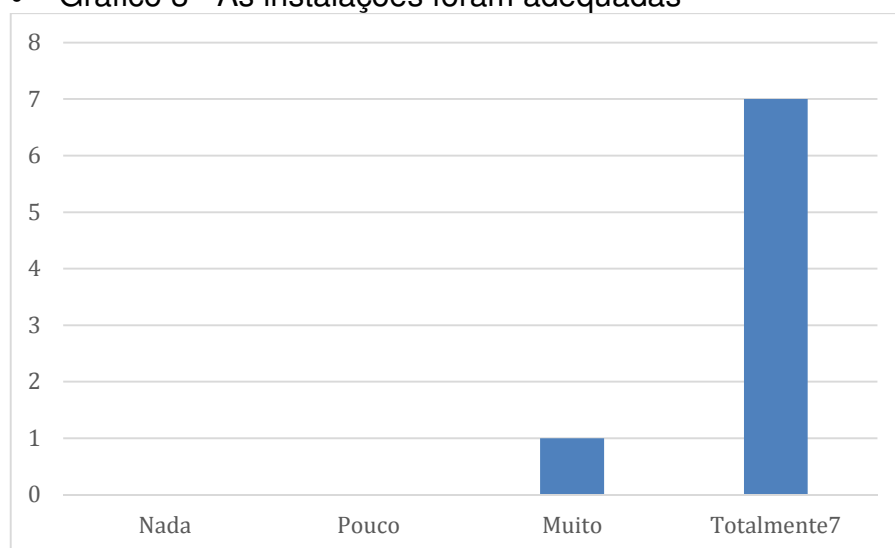
- Gráfico 1- Os conteúdos da formação foram claros



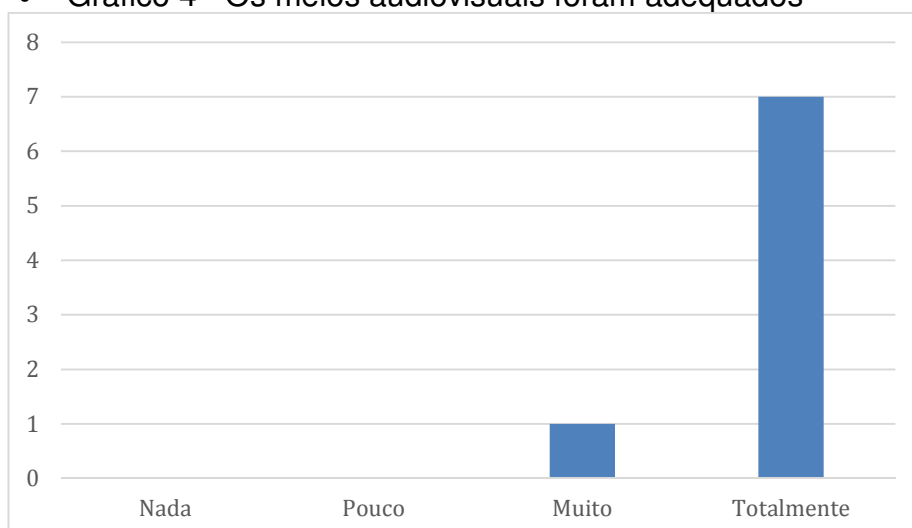
- Gráfico 2 - A duração da ação/sessão foi adequada



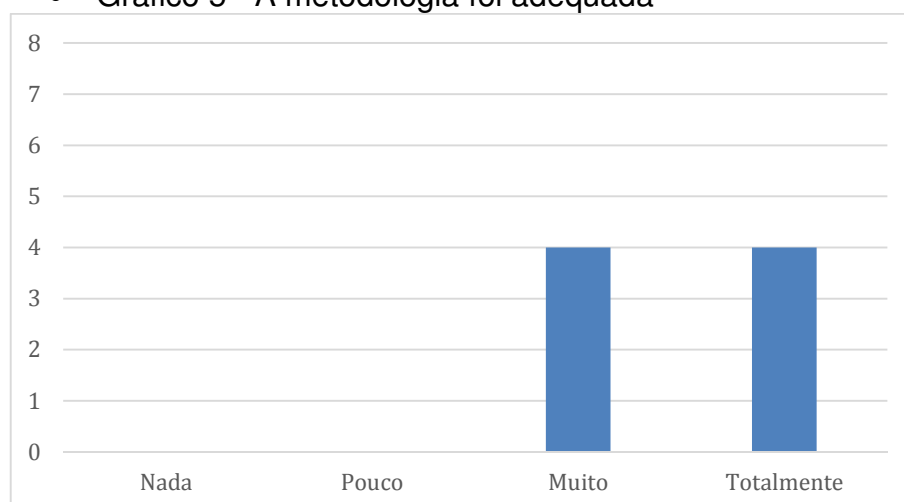
- Gráfico 3 - As instalações foram adequadas



- Gráfico 4 - Os meios audiovisuais foram adequados



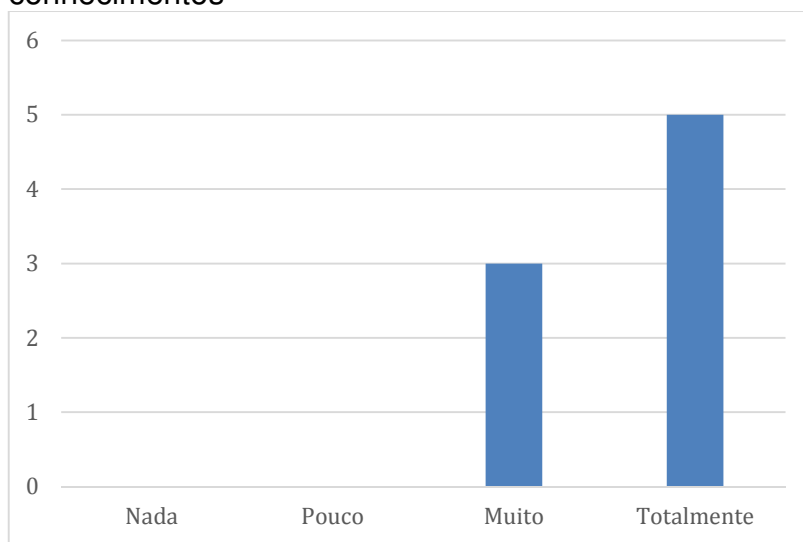
- Gráfico 5 - A metodologia foi adequada



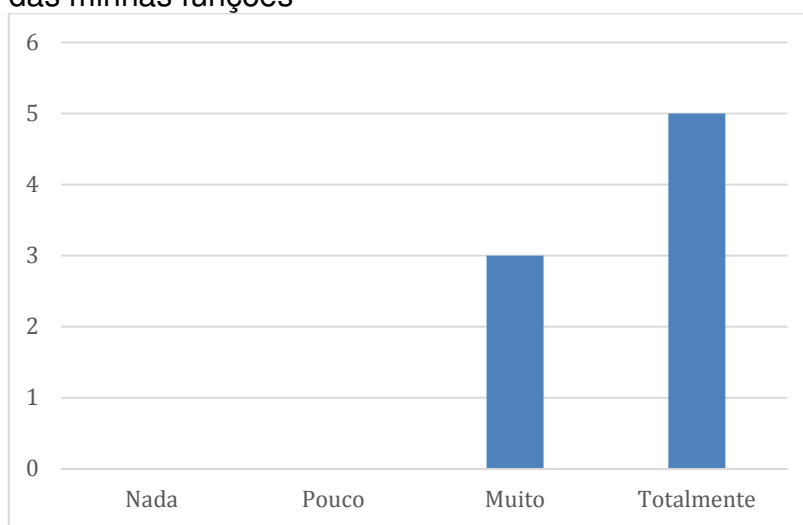
Deste modo, pode-se afirmar que os formandos estavam de uma forma geral muito ou totalmente satisfeitos com a formação.

Avaliação do impacto da formação

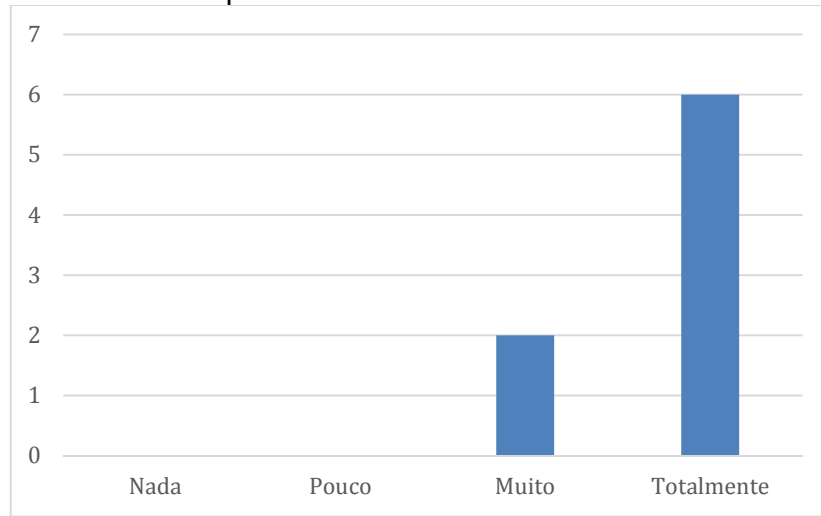
- Gráfico 6 - Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos



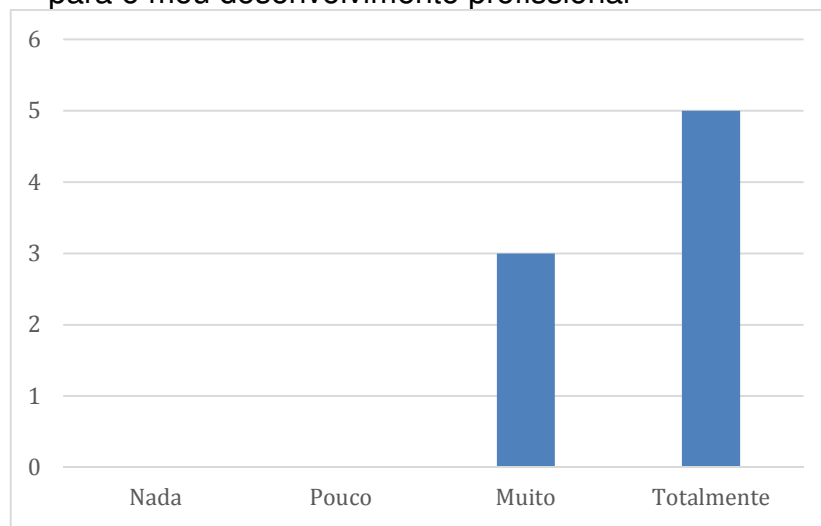
- Gráfico 7 - Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções



- Gráfico 8 - Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho



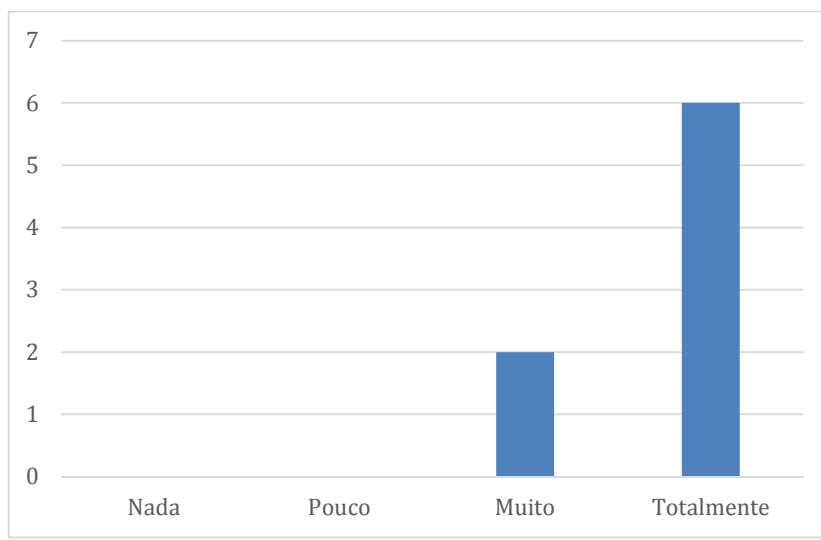
- Gráfico 9 - Os conhecimentos adquiridos permitirão contribuir para o meu desenvolvimento profissional



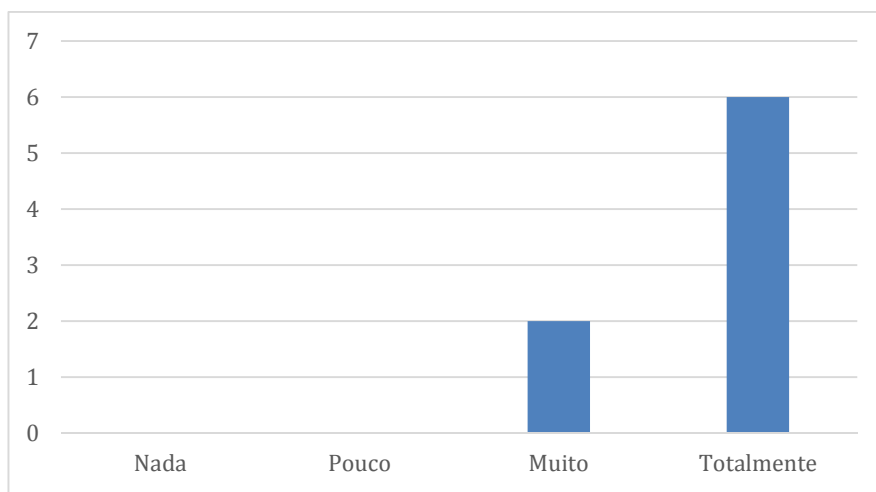
A partir destes gráficos pode-se concluir que a formação aos pares teve um impacto positivo em mais de metade dos formandos, contribuindo assim para uma melhoria do seu desempenho, das suas funções bem como contribuiu para o seu desenvolvimento profissional.

Avaliação do formador

- Gráfico 10 - O formador revelou dominar o assunto



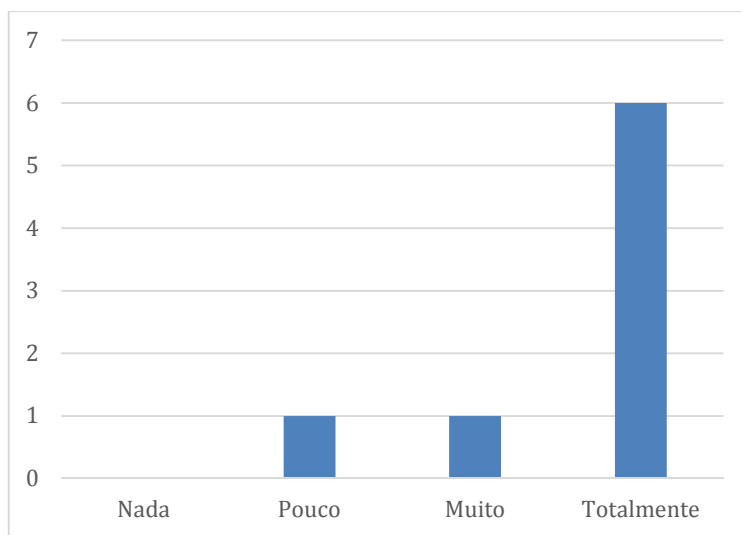
- Gráfico 11 - A relação estabelecida com o formador foi adequada



- Gráfico 12 - O formador estava motivado



- Gráfico 13 - O formador estava disponível para esclarecer dúvidas



A partir destes dados, pode-se concluir que mais de metade dos formandos estava totalmente satisfeito com a prestação do formador.

ANEXO 2

**Planificação da ação de formação “Dor em
Pediatría”**



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Planificação da ação de formação: “ Dor em Pediatria”

Autor: Ercília Santos

Índice

1. Introdução	151
2. Análise da situação	152
3. Objetivos.....	153
4. Conteúdos.....	154
5. Metodologia.....	155
6. Organização e programação da atividade.....	156
6.1. Plano da atividade de ação de formação: "Dor em Pediatria"	156
7. Seleção e organização de estratégias de avaliação.....	157
8. Conclusão.....	158
9. Referência Bibliográficas.....	159
ANEXOS	
Anexo 1- Diapositivos da Sessão de Formação “Dor em Pediatria”	
Anexo 2- Questionário de Avaliação da Sessão “Dor em Pediatria”	

1. Introdução

A ação de formação “Dor em Pediatria” surgiu no âmbito do estágio do Módulo II, decorrente no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE. Este estágio decorre no período de 10 de Novembro de 2014 a 22 de Janeiro de 2015, enquadrado no curso Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Neste sentido, a elaboração deste documento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo II;
- Desenvolver competências no que respeita à planificação de uma ação de formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objetivos e da seleção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da atividade e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

2. Análise da Situação

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percecionamos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. (Batalha, 2010)

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (1994), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”.

A valorização da dor como 5º sinal vital, impõe a aquisição de estratégias de avaliação sistemática e intervenção dirigida à minimização dos seus efeitos, com especial impacto na criança. A utilização de escalas de avaliação seguras, fáceis de utilizar e validadas para a população em causa assume particular relevância (Batalha, 2010). Nesta linha de pensamento, foi detetada a necessidade desta ação de formação, após uma análise dos instrumentos de avaliação da dor, das medidas de alívio da dor utilizadas na unidade de saúde em questão. A melhoria na utilização das escalas de avaliação da dor de acordo com a população alvo, bem como a otimização das medidas de alívio de dor e a sua aplicação em pediatria, pelo que é realizada uma revisão das escalas indicadas pela Direção Geral de Saúde, para as instituições portuguesas e das medidas não-farmacológicas e farmacológicas recomendadas.

A avaliação sistemática da dor fornece informação aos profissionais para intervirem no seu controlo e alívio. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação correta das necessidades de intervenção ou da eficácia da mesma.

3. Objetivos

A delineação de objetivos constitui uma importante parte do planeamento de uma ação de formação, visto que, com uma correta fixação de objetivos será possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano elaborado.

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos:

- Conhecer o processo de dor;
- Conhecer os instrumentos de avaliação da dor;
- Identificar intervenções não farmacológicas e farmacológicas na gestão da dor;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro na gestão da dor.

4. Conteúdos

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Avaliação da dor na criança:
 - Fundamentação;
 - Dimensões da dor;
 - Pressupostos;
 - História de dor;
 - Avaliação da intensidade;
 - Escalas de avaliação da dor;
- Dor no Recém-Nascido:
 - Medidas não farmacológicas de alívio da dor;
 - Medidas Farmacológicas;
- Crianças dos 1 mês aos 18 anos:
 - Medidas não farmacológicas de alívio da dor;
 - Medida farmacológicas;
- Algoritmo de atuação;
- Estratégias complementares no alívio da dor.

5. Metodologia

O método a utilizar nesta ação de formação será uma combinação do método expositivo e do método exploratório.

O método expositivo, compreende a transmissão de informação, sendo que este é unidirecional, passivo e estruturado. O método exploratório incentiva à exploração e descoberta através da interação com o público-alvo da formação, fomentando e facilitando a troca de informação nos dois sentidos.

Dado o conteúdo teórico do tema, será essencialmente utilizado o método expositivo, recorrendo à apresentação de diapositivos (Anexo 1), embora haja espaço na ação de formação para a interação e partilha de ideias e experiências. De forma a agilizar a avaliação da dor no serviço, será adotada como estratégia a distribuição de uma régua com algumas escalas de avaliação da dor em formato de bolso, à equipa de enfermagem, e será disponibilizada a bibliografia utilizada, para a consulta.

6. Organização e programação da atividade

A data para a realização desta ação de formação será agendada para 21 Janeiro de 2015, às 14:30. Esta ação de formação será divulgada de duas formas distintas: oralmente nas passagens de turno e pela afixação da informação nas salas de trabalho, de forma a permitir que toda a equipa tome conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: 1 estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos: sala de reuniões do Serviço de Pediatria;
- Recursos materiais: um computador portátil e um projetor;
- Recursos Financeiros: suportados pela estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

6.1.Plano da Actividade da Acção de Formação: “Dor em Pediatria”

Tema: Dor em Pediatria

População-alvo: Elementos da equipa de enfermagem da UCIN/Pediatria/Consulta Externa/ SO de Pediatria

Formador: Ercília Rute C. Santos – Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem De Saúde Infantil e Pediatria

Duração: 60 minutos

Data: 21 de Janeiro de 2015, às 14:30

Local: Sala de reuniões do Serviço de Pediatria

Objetivo geral: Sensibilizar os profissionais para a avaliação sistemática da dor e da aplicação de medidas de alívio da dor em pediatria.

Objetivos	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Compreender o processo de dor;• Conhecer os instrumentos de avaliação da dor;• Sensibilizar para a necessidade de avaliar a dor de forma sistemática;• Identificar intervenções não farmacológicas e farmacológicas na gestão da dor;• Refletir sobre o papel do enfermeiro na gestão da dor.	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da dor na criança – considerações;• Dor no recém-nascido;• Dor nas crianças de 1 mês a 18 anos;• Algoritmo de atuação;• Estratégias complementares no alívio da dor	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método exploratório.	<ul style="list-style-type: none">• PC portátil;• Data Show;• Material demonstrativo;• Fornecimento de apoio teórico-prático;	<ul style="list-style-type: none">• Oral:<ul style="list-style-type: none">▪ Questões feitas aos participantes de acordo com os objetivos;• Escrita:<ul style="list-style-type: none">▪ Questionário.

7. Seleção e organização de estratégias de avaliação

A avaliação assume-se como um momento fundamental do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação. Na introdução desta ação de formação, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente à temática em questão. Ao longo da formação, a avaliação formativa fornecerá dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de aprofundar algum conteúdo específico. De forma a proceder à avaliação da ação de formação, foi estabelecido o seguinte indicador de processo:

$$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Enfermeiros participantes na ação de formação}}{\text{N}^{\circ} \text{ Enfermeiros da equipa}} \right) \times 100\% = \% \text{ enfermeiros participantes na ação de formação}$$

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, será utilizado o documento de avaliação (Anexo 2), onde é avaliada a sessão por parte dos formandos.

8. Conclusão

A avaliação e a gestão da dor na criança, constitui muitas vezes um desafio para os enfermeiros, mas sobretudo, constitui um imperativo moral e ético de todos os enfermeiros. O reconhecimento desta realidade foi um fator determinante para o planeamento desta atividade.

Neste contexto, a ação de formação em serviço proporciona o momento ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos da equipa de enfermagem, para uma prática de cuidados de qualidade.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da ação de formação a desenvolver e será de extrema importância para a concretização dos objetivos traçados.

9. Referência Bibliográficas

- Batalha, L. *Dor em Pediatria- Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel, 2010
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação da DGS nº 14/2010, de 14/12/2010. Lisboa: Direcção Geral de Saúde; 2010.
- Direção Geral da Saúde. *Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2011.
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Orientação da DGS nº 024/2012, de 18/12/2012. Lisboa: Direcção Geral de Saúde; 2012.
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação da DGS nº 022/2012, de 18/12/2012. Lisboa: Direcção Geral de Saúde; 2012.
- Ordem dos Enfermeiros. *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013: I (6).

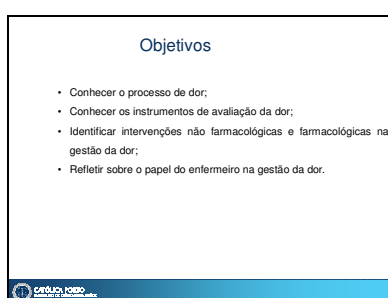
ANEXOS

ANEXO 1
Diapositivos da Sessão de Formação “Dor em Pediatria”

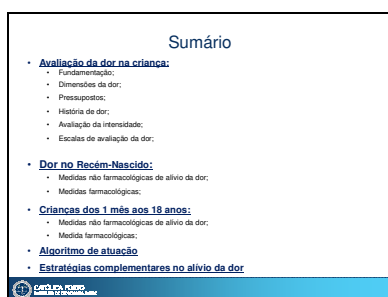
Diapositivo 1



Diapositivo 2



Diapositivo 3




Diapositivo 4

Dor em Pediatria

De acordo com a Associação Internacional de Estudos da Dor, esta é definida como:


"Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou potenciais, ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos"

 SBP
Sociedade Brasileira de Dor

Diapositivo 5

Avaliação da dor na criança:

- **Fundamentação:**
 - As crianças têm dor, guardam memória da dor;
 - A dor não tratada tem consequências a longo prazo;
 - A avaliação da dor nas crianças devido às particularidades destas, obrigam considerar esta avaliação separadamente de outros grupos etários;


 SBP
Sociedade Brasileira de Dor

DGS 2010

Diapositivo 6

Avaliação da dor na criança:

- A partir da 20ª semana de gestação as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes e ficam completamente desenvolvidas por volta da 28ª semana de gestação.
- As vias de controle descendente são ainda imaturas, resultando, nos recém-nascidos pré-termo, uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos.
- As experiências dolorosas precoces e repetidas no período neonatal parecem ter influência sobre posteriores experiências de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, mas também à forma de lidar com o stress.

 SBP
Sociedade Brasileira de Dor


DGS 2010

Diapositivo 7

Avaliação da dor na criança:

- **Dimensões da dor:**
 - **Fisiológica** – aspectos físicos, neurológicos e bioquímicos como a transdução, transmissão, modulação, percepção, vias de transmissão;
 - **Sensorial** – relacionado com o local, intensidade e qualidade da dor;
 - **Afetiva** – abrange as respostas emocionais quer negativas quer positivas como a ansiedade, angústia, depressão, raiva, agitação, sofrimento, medo e alívio;

Batista, 2010


 Faculdade de Medicina
Universidade Nova de Lisboa

Diapositivo 8

Avaliação da dor na criança:

- **Cognitiva** – atribuição de significado à dor, atitudes e convicções sobre a dor e o seu tratamento, preferências, estratégias de coping, conhecimentos e limitações inerentes ao próprio desenvolvimento cognitivo;
- **Comportamental** – manifestações comportamentais em relação à dor como expressões faciais, vocais, corporais, a relação com os outros, a consolabilidade, alterações do padrão de sono, atividades recreativas, entre outras;
- **Sociocultural** – fatores ambientais, familiares, étnicos, culturais, espirituais, religiosos e sociais.

Batista, 2010


 Faculdade de Medicina
Universidade Nova de Lisboa

Diapositivo 9

Avaliação da dor na criança:

- **Pressupostos:**
 - Acreditar sempre na criança que refere dor;
 - Preferir a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
 - Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
 - Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
 - Dialogar com a criança/pais/cuidador, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;

DGS, 2010

 Faculdade de Medicina
Universidade Nova de Lisboa

Diapositivo

10

Avaliação da dor na criança:

- Colher a história de dor na admissão da criança no hospital e na primeira consulta;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, (exceto se a situação clínica justificar a mudança);
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

CC-BY-SA 4.0

CC-BY-SA 4.0

Diapositivo

11

Avaliação da dor na criança:

• **História de dor:**
Colher informação que permita uma correta avaliação e controlo da dor, recorrendo às fontes de informação disponíveis aliando a observação e entrevista da criança/jovem e familiar/cuidador.

- Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- Fatores de alívio e agravamento;
- Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Formas de comunicar /expressar a dor;

CC-BY-SA 4.0

CC-BY-SA 4.0

Diapositivo

12

Avaliação da dor na criança:

- Experiências anteriores traumatizantes e medos;
- Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- Comportamento da criança e ambiente familiar;
- Efeitos da dor na vida diária;
- Impacto emocional e socioeconómico.

CC-BY-SA 4.0

CC-BY-SA 4.0

Diapositivo
13

Avaliação da dor na criança:

- **Avaliação da intensidade:**
 - No 1º contacto;
 - Uma vez turno (8 horas);
 - Sempre que for necessário;
 - Instrumentos adequados (Escala).

CCP **Centro de Cuidados de Pediatria** DGS 2010

Diapositivo
14

Avaliação da dor na criança:

- **Escala de avaliação da Dor:**
 - **Recém-nascidos:**
 - EDIN - Para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
 - NIPS - Adequada para prematuros e recém-nascidos de termo;
 - PIPP - Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
 - N-PASS - Para recém-nascidos em ventilação assistida.
 - **Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar:**
 - FLACC

CCP **Centro de Cuidados de Pediatria** DGS 2010

Diapositivo
15

Avaliação da dor na criança:


- **Crianças com idades entre 4 e 6 anos:**
 - FPS-R (Faces Pain Scale) - Válida a partir dos 4 anos;
 - Escala de faces de Wong-Baker: Válida a partir dos 3 anos.
- **Crianças a partir dos 6 anos:**
 - EVA - Escala Visual Analógica;
 - EN - Escala Numérica;
 - FPS - R
 - Escala de faces de Wong-Baker
- **Criança com multideficiência:**
 - FLACC - R

CCP **Centro de Cuidados de Pediatria** DGS 2010

Diapositivo

16

Avaliação da dor na criança:



PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E DE INCONFORTO DAS NECESSIDADES DA CRIANÇA

NOME DA CRIANÇA(A)		DATA	
		IDADE	
		0	1
BEM-ESTAR	Como a criança apresenta o comportamento quando está confortável? (resposta livre)	Comportamento tranquilo, relaxado, sem choro, sem agitação, sem irritabilidade.	Comportamento irritado, agitado, com choro, com agitação, com irritabilidade, com fúria ou raiva.
COMFORTO	Como a criança apresenta o comportamento quando está desconfortável? (resposta livre)	Agitação moderada, sem agitação.	Agitação excessiva, com choro, com agitação, com irritabilidade, com fúria ou raiva.
SIGNS	Como a criança apresenta o comportamento quando está desconfortável? (resposta livre)	Resposta adequada ao estímulo.	Resposta inadequada ao estímulo.
RESPONSE	Como a criança responde ao estímulo? (resposta livre)	Resposta adequada ao estímulo.	Resposta inadequada ao estímulo.
RECOMFORTO	Como a criança responde ao estímulo? (resposta livre)	Resposta adequada ao estímulo.	Resposta inadequada ao estímulo.

Diapositivo

17

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale	
Indicador	Descrição
Expressão facial 1 – Sorriso 1 – Choro	Face serena, expressão neutra Máscara facial negativa – sobrancelhas, queixo e maxilar estendidos Máscara facial negativa – nariz, boca e maxilar estendidos
Choro 1 – Ausente 1 – Choro baixo 2 – Choro alto	Sorriso, olhos fechados Choro baixo, olhos fechados Choro alto, olhos abertos, com ou sem aumento da intensidade Nota: O choro observado em um recém-nascido não indica dor e a ausência de um ruído não indica dor (falta de bico)
Respiração 1 – Ausente 1 – Mudança na respiração	Parada normal no sono Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, alternando, que precede a respiração
Resposta 1 – Reflexos/Comportamento 1 – Perceção/Extensão	Ausência de resposta muscular, movimentos coordenados e espontâneos Resposta muscular, estímulos e auto-estímulo de resposta de repulsa
Postura 1 – Reflexos/Comportamento 1 – Perceção/Extensão	Ausência de resposta muscular, movimentos coordenados e espontâneos Postura tensa, estímulos e auto-estímulo de repulsa de repulsa
Estado de vigília 1 – Sono Calmo 1 – Agitado	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável Alerta, inquieto e agitado

Fonte: Malhotra, 2011

Diapositivo

18

[illegible]

Diapositivo
19

Avaliação da dor na criança:
FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

IDENTIFICAÇÃO		DATA	
1	2	3	4
PAIX	Resposta espontânea participar no exame	Resposta ao estímulo Tolerância ao exame Qualidade, frequência, intensidade	Resposta espontânea de cansaço, relaxamento, sono
FEIOS	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea de cansaço, relaxamento, sono
ACTIVIDADE	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea de cansaço, relaxamento, sono
CHORO	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea de cansaço, relaxamento, sono
CONSOLABILIDADE	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea ao estímulo	Resposta espontânea de cansaço, relaxamento, sono
Resposta total		Resposta total	

DGS, 2010

Diapositivo
20

Avaliação da dor na criança:

ESCALA DE FACES REVISTA

0 2 4 6 8 10

DGS, 2010

Diapositivo
21

Avaliação da dor na criança:

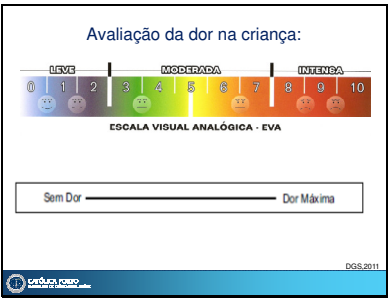
ESCALA DE FACES WONG-BAKER

0 1 2 3 4 5

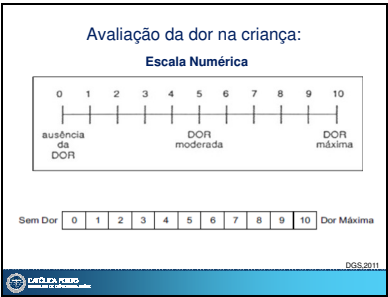
Instruções:
Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor,
ou triste por ter um pouco ou muita dor.
Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.
Face 1 tem apenas um pouco de dor.
Face 2 tem um pouco mais de dor.
Face 3 tem ainda mais dor.
Face 4 tem muita dor.
Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro.
Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

DGS, 2010

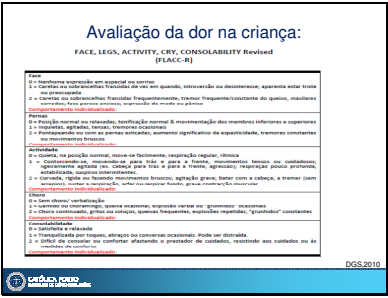
Diapositivo
22



Diapositivo
23



Diapositivo
24



Diapositivo

25

Dor no Recém-Nascido:

- **No Recém-nascido:**
 - Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o stress:
 - Controlar a luz e o ruído;
 - Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
 - Colocar o RN numa posição confortável mobilizando-o regularmente;
 - Realizar manipulação mínima nos RN gravemente doentes.


DGS, 2012

CAROLINA KOSLO

Diapositivo

26

Dor no Recém-Nascido:



- Na realização de procedimentos dolorosos:
 - Espaçar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais;
 - Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções;
 - Selecionar o material e realizar o procedimento da forma a que seja menos doloroso (ex: lanceta automática em vez de manual na punção do calcanhar, garrote manual em vez de borracha para a punção venosa, afastamento das pálpebras com cotonete em vez de blefaróstato para observação oftalmológica);


DGS, 2012

CAROLINA KOSLO

Diapositivo

27

Dor no Recém-Nascido:



- Para a colheita de sangue evitar, sempre que possível, a punção do calcanhar, reservando-a para a pesquisa pontual de glicémia na impossibilidade de realizar a punção venosa;
- Utilizar sistematicamente a contenção manual ou com lençol conforme apropriado;
- As intervenções sensoriais ou não-farmacológicas (ex.: sacarose, sucção não nutritiva) podem ser suficientes para os procedimentos *minor* (ex.: punção venosa);
- Nos procedimentos *major* (ex.: colocação de dreno torácico), devem associar-se às anteriores intervenções farmacológicas.

DGS, 2010

CAROLINA KOSLO


Diapositivo

28

Dor no Recém-Nascido:

- Para o controle da dor pós-operatória:
 - Avaliar a dor na admissão à unidade, de 4/4 horas nas primeiras 24 horas, de 8/8 horas nas 48 a 72 horas seguintes. Manter a avaliação da dor durante o desmame dos opioides e até 48 horas após suspensão da analgesia;
 - Os opioides, nomeadamente morfina e fentanilo, constituem a base do controlo da dor nos procedimentos cirúrgicos *major*, podendo ser utilizado o paracetamol em simultâneo, na fase de desmame dos opioides.

DGS,2010



Diapositivo


29

Dor no Recém-Nascido:

Recomendações para os procedimentos dolorosos mais frequentes em recém-nascidos

Procedimento	Analgesia
Aspiração traqueal em sala ventilada	1. Evitar este procedimento apenas quando há presença de secreções e não por rotina. 2. Medidas ambientais e de conforto. 3. Não farmacológicas: - Caramento e sucção não nutritiva com sacarina/féte materno (paciente). 4. Farmacológicas: - Sufentanil - em casos selecionados, o uso de opioides pode estar associado.
Colocação de cateter venoso central por punção venosa	1. Medidas ambientais e de conforto. 2. Não farmacológicas: - Caramento e sucção não nutritiva com sacarina/féte materno. 3. Farmacológicas: - Fentanil - SMLA ou infusão SC com fentanyl 1% (buprenorfina). - Sufentanil - ventilar em sala e monitorar por 60 segundos, no caso de sedação.

DGS,2012




Diapositivo

30

Dor no Recém-Nascido:

Colocação de cateter umbilical	1. Enfermagem e pinça hemostática no pole em redor do eixo umbilical. 2. Medidas ambientais e de conforto. 3. Não farmacológicas: - Caramento e sucção não nutritiva com sacarina/féte materno.
Colocação de sonda traqueal	1. Monitorizar previamente com oxímia de saturação. 2. Medidas ambientais e de conforto. 3. Não farmacológicas: - Caramento e sucção não nutritiva com sacarina/féte materno. 4. Farmacológicas: - Fentanil - SMLA se não urgente; se urgente infusão SC q/ fentanyl 1% (buprenorfina). - Sufentanil - considerar tubo de aspiração em circuitos ventilados, em desmame não ventilados considerar tubo de aspiração, interrompendo sempre a ventilação de suporte ventilatório. - Após o procedimento manter avaliação de dor e ajustar analgesia (balço do perfil de opioides de acordo com a pontuação na escala de dor visual).
Infusão SC e IM	1. Enfermagem e pinça hemostática, sempre que possível, a uma 10'. 2. Medidas ambientais e de conforto. 3. Não farmacológicas: - Amamentação ou sucção não nutritiva com sacarina/féte materno. - Caramento, no sangue materno. 4. Farmacológicas: - Fentanil - SMLA ou fentanyl tópico em creme a 4%.

DGS,2012



Diapositivo

31

Dor no Recém-Nascido:	
Intubação endotraqueal	Intubação sem analgesia apenas em situações de reanimação na sala de parto após falhas de emergência Sequência ideal: 1 - Oxigênio 2 - Ventilação 3 - Analgesia e/ou hipotensão 4 - Monitoramento
Limpeza de feridas	1. Medidas ambientais e de conforto 2. Não-farmacológicas: - Sucção não nutritiva com searosa/leite materno 3. Farmacológicas: - Sistêmicas - considerar infusão de opióide para feridas extensas ou profundas
Posição do calcanhar	1. Considerar sempre a posição a punção venosa periférica 2. Usar agulhas de calibre 022-20 3. Medidas ambientais e de conforto 4. Não-farmacológicas: - Anestesia local ou sucção não nutritiva com searosa/leite materno - Contenção, ou canguru materno

DGS,2012



Diapositivo

32

Dor no Recém-Nascido:	
Posição lombar	1. Evitar flexão extrema do pescoço, independentemente da posição selecionada (risco de trauma ao sistema a hipotensão) 2. Usar agulhas de calibre 022-20 3. Medidas ambientais e de conforto 4. Não-farmacológicas: - Contenção e sucção não nutritiva com searosa/leite materno 5. Farmacológicas: - Tópica - EMLA ou lidocaína creme lipossômica a 4%, não é recomendada a infiltração SC e/ou local - Sistêmicas: considerar bolus de opióide em doentes ventilados, na RN termo, se não se encontrar agitado, e se necessário bolus de manutenção
Posição supra e pública	1. Medidas ambientais e de conforto 2. Não-farmacológicas: - Contenção e sucção não nutritiva com searosa/leite materno 3. Farmacológicas: Tópica - EMLA ou lidocaína creme lipossômica a 4%
Posição ventral - posição de apoio articular/rotação c/c	1. Medidas ambientais e de conforto 2. Não-farmacológicas: - Contenção e sucção não nutritiva com searosa/leite materno 3. Farmacológicas: - Tópica - EMLA ou lidocaína creme lipossômica a 4% - Sistêmicas: em casos selecionados, o uso de opióides pode estar associado

DGS,2012



Diapositivo

33

Dor no Recém-Nascido:	
Restrição oftalmológica	1. Evitar o uso de tetrastato 2. Manter o procedimento com o uso de dor apropriada 3. Medidas ambientais e de conforto 4. Não-farmacológicas: - Contenção, sucção não nutritiva com searosa/leite materno 5. Farmacológicas: - Tópica - EMLA ou lidocaína creme lipossômica a 4% ou tetrastato 1% - Sistêmicas: considerar bolus de opióide ou cetamina
Restrição de dente torácico	1. Não-farmacológicas: - Contenção, sucção não nutritiva com searosa/leite materno 2. Farmacológicas: - Sistêmicas: considerar bolus de opióide
Restrição neurológica	1. Técnica adequada, por exemplo a 2h 2. Medidas ambientais e de conforto 3. Não-farmacológicas: contenção, sucção não nutritiva com searosa/leite materno

DGS,2012



Diapositivo
34



Dor no Recém-Nascido:

• **Medidas não farmacológicas de alívio da dor:**

Intervenção	Modo de aplicação	Observações
Amenamentação	Colocar o recém-nascido à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.	A amamentação contém a sucção, o contato materno e o preenchimento gástrico. A redução das respostas de dor parece ser mediada pelo sistema opioide endógeno.
Cangote materno	Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contato ventral pele a pele com a mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor.	O contato materno pele-a-pele é uma intervenção multimodal que envolve a tato, a olfatto, a estimulação vestibular e o reforço auditivo.
Sucção não nutritiva	Oferecer a chupeta como medida terapêutica aos recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas.	A estimulação orofaríngea é potente, sendo autorregulada pelo recém-nascido. Deve ser reservada aos recém-nascidos doentes e/ou que já utilizam chupeta.




DGS 2012

Diapositivo
35

Dor no Recém-Nascido:

• **Medidas não farmacológicas de alívio da dor:**

Contenção com braço ou contenção manual	Envolher o recém-nascido num lençol ou cobertor com flexão dos membros e tronco, deixando os membros livres para chegar à boca. Conhecido como swaddling. A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do recém-nascido, mantendo-o próximo do membro abdominal e em flexão. Conhecido como nestling e cupping e containment.	A contenção destina-se a promover a autorregulação, a evitar a desconexão materna e a facilitar a aproximação da mãe à boca favorecendo de sucção e autoconforto.
Glucose a 10% (disponível em ampola) ou Sacarose a 24% (preparação em frascos hospitalar)	Administrar solução oral por sonda sobre a ponta anterior da língua, ou misturando a solução na solução bucal ou de 0,5 a 0,2 mL 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser aumentada em intervalos de 10 a 20 mL. Dose máxima (total): 10-20 mL. Dose máxima (por procedimento): 27-33 semanas de 10-15 mL; 34-36 semanas de 15-20 mL. Recém-nascidos de termo: 2 mL. Eficácia máxima de 4 horas na prematuro, 6 horas na full de termo.	A redução das respostas de dor resulta da estimulação orofaríngea, que provoca a ativação do sistema opioide endógeno, o não de absorção da solução. Em recém-nascidos entubados a consciência, a administração, ponderada peso e sexo, a forma por sonda, deve a partir, sobre a língua, visando a tolerância. A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registrados no processo clínico. A solução de sacarose deve ser preparada no dia, dentro um período não superior a 3 semanas.




DGS 2012

Diapositivo
36

Dor no Recém-Nascido:

• **Medidas Farmacológicas:**

Fármacos	Doses habituais e vias de administração	Limitações e complicações
Lidocaina (prillocaina creme (DOLAPR)	Topica sob penso occlusivo 0,5-1% ou Másc. 1g/10g	Efeito cerca de 60-90 minutos após aplicação. Aprovada apenas acima das 32 semanas de vida e com mais de 7 dias de vida. Contraindicado de lesões cutâneas, metahemoglobinemia congênita ou utilização no tratamento em simultâneo com paracetamol, fenobarbital, fenitina.




DGS 2012

37

<h1 style="text-align: center;">Dor no Recém-Nascido:</h1> <h2 style="text-align: center;">SÍNTOMAS</h2>		
Fatores de	<p>AV</p> <p>Severidade: Analgesia 0,3-4 mg/kg q3-6h</p> <p>Resposta: analgesia 1-4 mg/kg q3-6h</p> <p>Alcristina: 5-10mg/kg/dose</p>	<p>Depressão respiratória com distúrbios ventilatórios</p> <p>Rigidez torácica, hipoventilação, áreas de atelectasia</p> <p>Resposta variável com salina, fôcos de tolerância e sintomas de intoxicação com perfusão proteolítica</p>
Morfina	<p>AV</p> <p>Em beba 0,2 mg/kg, IV ou SC</p> <p>Alcristina: 0,02-0,03 mg/kg/dose, q3h</p>	<p>Depressão respiratória variável com salina, hiperventilação e taquidíria</p> <p>Dose perniciosa, ataxia no aleitamento glástrico, mioclonos cutâneos</p>
Paracetamol	<p>POL-PR</p> <p>Dose: 10-15 mg/kg, q6-8h</p> <p>Em beba 10-15 mg/kg, q6-8h</p> <p>Alcristina: 10-15 mg/kg, q6-8h</p> <p>AV</p> <p>Dose: 10-15 mg/kg, q6-8h</p> <p>Em beba 10-15 mg/kg, q6-8h</p>	<p>Toxicidade hepática em doses excessivas</p> <p>em após administração prolongada e repetida</p>

DOS 2012



Diapositivo

38

crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- Crianças dos 1 mês aos 18 anos:
 - Em todas as situações:
 - Planejar os procedimentos invasivos, agrupando-os e reduzindo o seu número;
 - Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes sobre os procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu estágio de desenvolvimento;
 - Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;

DGS 2012

Diapositivo

39

crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;
- Selecionar as intervenções não-farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas;
- Considerar, nos lactentes, o uso de contenção, amamentação ou sucção não nutritiva.

DGS 29/12

Diapositivo

40

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- Em situação de procedimentos invasivos simples da pele (ex: venopunção, punção lombar), efetuar anestesia tópica da pele;
- Quando for necessário assegurar a imobilidade ou relaxamento da criança (ex: ecografia, RMN), diminuir a ansiedade e agitação, ou quando se preveja a necessidade de repetir o procedimento, utilizar a sedação (ex: hidrato de cloral, benzodiazepina);
- Em procedimentos muito dolorosos ou manobras invasivas mais agressivas, efetuar sedação profunda e analgesia, sob os cuidados de um profissional que saiba manipular a via aérea (anestesiologista ou intensivista pediátrico);

DGS.2012

CRUZEIRO ROCHA

Diapositivo

41

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- Caso se preveja a persistência de dor após o final do procedimento, instituir analgesia sistêmica de acordo com a intensidade previsível da dor;
- Em procedimentos diagnósticos não dolorosos (ex: ecografia) em que seja necessário assegurar a colaboração da criança, dar informação preparatória à criança e aos pais e ponderar a utilização de fármacos sedativos (ex: midazolam).

DGS.2012

CRUZEIRO ROCHA

Diapositivo

42

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- Consideram-se aspetos de boas práticas:
 - Os procedimentos deverão realizados em sala própria, com um ambiente calmo e agradável;
 - A existência de equipamento de monitorização e ressuscitação quando é utilizada sedação;
 - O respeito da privacidade e do pudor das crianças e adolescentes;
 - Os pais são envolvidos no apoio à criança e não na sua restrição física;
 - A coerção física é evitada recorrendo, se necessário, à sedação.

DGS.2012

CRUZEIRO ROCHA

Diapositivo

43

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- A utilização sistemática de intervenções não-farmacológicas para reduzir o medo e a ansiedade, em função da idade, desenvolvimento cognitivo, estratégias de enfrentamento (*coping*) habituais da criança e experiências prévias;
- Intervenções farmacológicas deverão ser associadas às intervenções não-farmacológicas dependendo da invasividade e duração do procedimento, da dor esperada, do nível de ansiedade da criança, do grau de imobilidade necessário e da previsão de repetição do procedimento;

CGP **CAROLINA KESSEL**
COORDENADORA DE ATENDIMENTO À SAÚDE

DGS, 2012

Diapositivo

44

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- As vias de administração menos invasivas são privilegiadas (ex: oral, tópica,...). São evitadas, sempre que possível, as vias intramuscular e retal;
- A realização de auditorias internas das práticas integradas em processos de melhoria contínua da qualidade, utilizando indicadores previamente definidos.

CGP **CAROLINA KESSEL**
COORDENADORA DE ATENDIMENTO À SAÚDE

DGS, 2012

Diapositivo

45

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

- **Medidas não farmacológicas de alívio da dor:**
 - **Comportamentais:** Ensino de comportamentos concretos para alívio da dor (ex: reforço positivo e relaxamento);
 - **Cognitivos:** Utilização de métodos mentais para lidar com a dor (ex: informação preparatória, hipnose,...);
 - **Cognitivo-comportamentais:** Utilização de estratégias que têm como alvo o comportamento e a cognição (ex: distração, imagem guiada,...);
 - **Físicos:** massagem, aplicação de frio/calor, posicionamento, ...
 - **Suporte emocional:** Toque, conforto, ...
 - **Ambientais:** temperatura, luz, ruído, ...




CGP **CAROLINA KESSEL**
COORDENADORA DE ATENDIMENTO À SAÚDE

Batalha, 2010

Diapositivo
46


Crianças dos 1 mês aos 18 anos:	
Intervenção	Modo de aplicação
Amamentação	Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
Contenção com lençol ou contenção manual	Envolver o lactente num lençol ou cobertor, com fixação dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como swaddling. A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros envolvidos e em flexão. Conhecido como facilitated sucking e containment.
Distração	Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvam a cognição (ver vídeos, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolhas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança.



DGS/2012

Diapositivo
47


Crianças dos 1 mês aos 18 anos:	
Sílica a 30% (disponível em ampola) ou Sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar)	Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registados no processo clínico. A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a 1 semana. Nota: É eficaz durante o primeiro ano de vida.
Imaginação guiada/hipnoterapia	Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.
Massagem	Effectuar administração simultânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos. Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea.



DGS/2012

Diapositivo
48

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:	
Modelação/lençol comportamental	Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma intervenção do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de enfrentamento (por exemplo em vídeo ou numa demonstração com bonecos).
Preparação	Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. Nota: A antecédência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória mas suficiente para a criança se preparar.




DGS/2012

Diapositivo
49

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

Reforço positivo	Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal ("puxei que tivasas ficou muito quieto como te pedi") ou pequenos prêmios (ex: autocollantes, certificado), conforme combinado.
Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios	Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de ansiedade.
Sucção não nutritiva	Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. Nota: Deve ser reservada aos lactentes dentes e que já utilizam chupeta.



DGS,2012

Diapositivo
50

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

• **Medidas Farmacológicas:**

Fármacos mais frequentemente utilizados para analgesia / sedação e antídotos

Nome Farmacológico	Indicação	Posologia	Início de ação	Duração de ação	Notas
ANALGESIA					
Paracetamol	Analgesia pós-procedimento	PO/VO: 10-20 mg/kg/dose Máx: 1g/dose ou 10-15 mg/kg/dose Máx: 1g/dose	30-60'	4-6h	
Ibuprofeno	Analgesia pós-procedimento	PO/VO: 6-10 mg/kg/dose Máx: 200mg/dose	60-90'	6-8h	
ANEST	Cetorolac	Analgesia pós-procedimento PO/VO: 0,5mg/kg/dose Máx: 30 mg/dose	10'	4-6h	
	Morfina	Analgesia pós-procedimento PO/VO: 10-20 mg/kg/dose Máx: 1g/dose	30-60'	4-6h	

DGS,2012

Diapositivo
51

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:

	Indicação	Posologia	Início de ação	Duração de ação	Notas
Anestésicos locais	Lidocaína* prilocaina creme (EMLA®)	Crema sob penso oclusivo: 0-3 M: 0,5g (Máx: 1g/4h) 4-12 M: 0,5g (Máx: 2g/4h) 1-4 A: 1-1g (Máx: 1g/4h) 5-12 A: 1-2g (Máx: 2g/4h) ≥12 A: 2-3g (Máx: 5g/4h)	60'	4h	
	Lidocaína 1% tamponada	Penso impregnado 0,5 ml / kg Máx: 5 ml Temporamento: 1 ml de tamponamento de sódio a 0,4% + 5 ml de lidocaína a 1%	2-3'		A neutralização do pH reduz a dor produzida para infiltração da lidocaína nos tecidos.

DGS,2012

Diapositivo
52

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:					
Opióides	Fentanilo + Inalação	Analgésico IV 0,5-1 mg/kg/dose Máx: 50-200mg/dose	Imediato	30-60'	Monitorização de sinais vitais
	Morfina	Analgésico IV 0,1-0,2 mg/kg/dose Máx: 10mg/dose	5'	2-6h	
	Tramadol	Analgésico pelo procedimento PO/IV 0,1-0,2 mg/kg/dose Máx: 50-100mg		6-8h	
<p>Rú administração lenta e diluída. A administração oral pode ser administrada por via IV, com um efeito mais rápido</p>					

DGS 2012

Conselho Nacional de Saúde
Ministério da Saúde

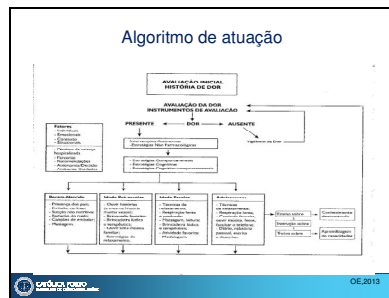
Diapositivo
53

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:					
Sedação					
Diazepam		PO 0,2-0,3 mg/kg/dose Máx: 10mg	45-60'	1-2h	
		IV 0,1-0,3 mg/kg/dose Máx: 10mg	5-15'		
		PO 0,2 mg/kg/dose Máx: 10mg	2-5'		
Cetamina (Ketamine)	Analgésico + Sedação	IV bolus (em 1 min): bolus 1-2 mg/kg	30-45"	30-45'	Associação endovenosa. Monitorização dos sinais vitais.
Midazolam	Sedação	PO/IV 0,1-0,2 mg/kg/dose Máx: 10mg/dose	10-20'	30-60'	Se via PO e IV utilizadas, formação IV.
		IV bolus 0,05-0,2 mg/kg/dose Máx: 10mg/dose	1-5'		Se via PO e IV utilizadas, formação IV.
Propofol	Sedação	IV bolus 1-2 mg/kg Perfusão: 1-3 mg/kg/h	1-2'	5-15'	Monitorização dos sinais vitais.
DGS 2012					

Diapositivo
54

Crianças dos 1 mês aos 18 anos:					
<p>Nota: O ácido acetilsalicílico, devido à sua associação com o síndrome de Reye, deixou de ser recomendado no alívio da dor pediátrica.</p>					
Batalha, 2010.					

Diapositivo 5



Diapositivo 56

Estratégias complementares no alívio da dor:

- Aromaterapia;
- Reflexologia;
- Reiki;
- Acupuntura;
- Hipnose;
- Dessensibilização sistêmica;
- Estimulação elétrica transcutânea.

OE.2013

Diapositivo 57


Sugestão:

- Recém-nascidos:
 - EDIN;
- Crianças menores de 4 anos:
 - [Flacc](#)
- Crianças a partir dos 4 anos:
 - Escala de faces;
 - EVA;
 - Escala Numérica.

OE.2013

Bibliografia

- Batalha, L. *Dor em Pediatria- Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel, 2010
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação da DGS nº 14/2010, de 14/12/2010. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2010.
- Direção Geral da Saúde. *Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2011.
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Orientação da DGS nº 024/2012, de 18/12/2012. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2012.
- Direção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação da DGS nº 022/2012, de 18/12/2012. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2012.
- Ordem dos Enfermeiros. *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Série I, número 6, 2013.

 **Ordem dos Enfermeiros**

ANEXO 2

Questionário de Avaliação da Sessão “Dor em Pediatria”

Avaliação da sessão de formação

Ação de formação: “Dor em Pediatria”

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria

Data: 21 de Janeiro

Duração: 1 hora

Destinatários: Elementos da equipa de enfermagem da UCIN/Pediatria/Consulta Externa/ SO de Pediatria

Formador: Ercília Rute Coimbra dos Santos – Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Preencha com uma cruz o quadrado correspondente à sua opinião/satisfação, sendo que 1- Nada, 2 – Pouco, 3 - Muito e 4 – Totalmente.

Avaliação global	1	2	3	4
Os conteúdos da formação foram claros				
A duração da ação/sessão foi adequada				
As instalações foram adequadas				
Os meios audiovisuais foram adequados				
A metodologia foi adequada				

Avaliação do impacto da formação	1	2	3	4
Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos				
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções				
Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho				
Os conhecimentos adquiridos permitirão contribuir para o meu desenvolvimento profissional				

Avaliação do formador	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto				
A relação estabelecida com o formador foi positiva				
O formador estava motivado				
O formador estava disponível para esclarecer dúvidas				

Nota: Devido ao número muito reduzido de formandos, o indicador de processo e o documento de avaliação da sessão não foram utilizados.

ANEXO 3

Tabela de Equivalentes/Porções de Hidratos de Carbono

(Tabela da responsabilidade da Unidade de Endocrinologia / Serviço de Nutrição e Dietética do Centro Hospital de Lisboa Central, EPE – Maria Alexandra Cruz, Dietista Coordenadora do Serviço)

1 equivalente / porção = \pm 12 g de Hidratos de Carbono

Farináceos	1 equivalente / porção	
Batata	1 do tamanho de um ovo	70 g
Purê de batata	2 colheres de sopa	
Arroz «solto» / massa cozidos	2 colheres de sopa	45 / 60 g
Lentilhas / grão / feijão cozidos	3 colheres de sopa	75 / 80 / 80 g
Ervilhas / favas cozidas	6 colheres de sopa	75 / 80 / 80 g
Sopas (1 batata ou equivalente em cada prato)	1 prato	250 ml
Pão de mistura (trigo e centeio)	1/2 fatia	25 g
Pão de trigo	1/2 papo-seco	25 g
Pão de trigo integral	1/2 ou 1/4 pão	30 g
Pão de leite pequeno	1/2 pão	25 g
Farinha de trigo / farinha maizena*	1 colher de sopa	15 g

Frutas	1 equivalente / porção	
Ameixas	2 unidades	170 g
Ananás	1 rodela arranjada	130 g
Banana	1 pequena ou metade	100 g
Cerejas	10 pares	110 g
Kiwi	1 unidade	135 g
Maçã	1 unidade	120 g

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. *Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011, Volume 2.

Frutas	1 equivalente / porção	
Manga	1 terça parte arranjada	100 g
Meloa / melão	1/2 pequena / 1 fatia	250 g
Melancia	1 fatia	420 g
Morangos	14 a 16 unidades	235 g
Laranja / pêsego	1 unidade	200 g
Nêspersas / tangerina	6 unidades / 2 pequenas ou 1 grande	190 g
Pêra	1 unidade	160 g
Uvas	8 a 10 bagos	80 g
Castanhas	3 unidades	

Bolachas / Cereais	1 equivalente / porção	
Água e sal tipo Vieira*	6 unidades	
Água e sal redondas	4 unidades	
Água e sal Cream-Craker*	2 unidades	
Maria*	3 unidades	
Tostas	2 unidades	
Flocos de milho ou trigo	3 colheres de sopa	15 g
Milho seco para pipocas	40 bagos	

Leite e iogurtes	1 equivalente / porção	
Leite	1 copo tipo galão	200 a 250 ml
Iogurte Sveltesse*	1 unidade (líquido)	1 x 180 g
Iogurte 0% Corpos Danone*	2 unidades (líquido)	2 x 175 g
Iogurte natural sem açúcar	2 unidades (sólido)	2 x 125 g

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. *Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011, Volume 2.

Sumos e Néctares (1 unidade de 200 ml)	Equivalente / porção
Compal light morango - maçã*	1/2
Fructis light*	1
Compal manga-laranja e ananás-coco*	1
Bongo*	1 e 1/2
Compal néctar*	2
Frutis 100%*	2

Salgados (1 unidade)	Dose (grama)	Equivalente / porção
Pastel de bacalhau	45	1/2
Crôquete	30	1/2
Rissol de camarão	45	1
Rissol de carne	55	1 e 1/2
Chamuça	30	1
Empada	70	2
Pastel folhado	100	3
Batata frita (caseira – palitos)	100	2
Batata frita (pacote – rodela)	100	3

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. *Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011, Volume 2.

McDonald's *	Porção (grama)	Equivalente / porção
<i>Cheeseburger</i> (criança)	120	1
<i>Chicken McNuggets</i> (criança)	72 (4)	1
<i>Chicken Júnior</i> (criança)	143	3 e 1/2
Batatas fritas pequenas (criança)	80	2 e 1/2
<i>Ketchup</i> para batatas	12	1/4
<i>Big Mac</i>	219	3 e 1/2

Bolos	Dose (grama)	Equivalente / porção
Bolo de arroz	1 bolo (100)	5
Bolo de chocolate	1 fatia (80)	3
Pão de ló	1 fatia (80)	4
<i>Donut</i>	1 bolo (75)	2 e 1/2
Madalena	1 bolo (70)	3
Pastel de nata	1 bolo (70)	2 e 1/2
Queque	1 bolo (70)	3

Doces	Dose	Equivalente / porção
Leite-creme	6 colheres de sopa	2 e 1/2
Mousse de chocolate	6 colheres de sopa	3

Gelados Olá*	Equivalentes / porção
Mini-milk*	1/2
Viva 100% light* / <i>Simpsons</i> * / Perna pau* (peq.) / Super maxi* baunilha / Epá* / <i>Secret cup</i> * / Vianetta* (1 fatia de 50 g)	1
Perna de pau* mega / <i>Magnum</i> * caramelo e nuts / <i>Solero</i> *	1 e 1/2

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. *Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011, Volume 2.

ANEXO 4

**Planificação da atividade de comemoração do
“Dia da Mãe”**



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Planificação da atividade comemoração do Dia da Mãe

Autor: Ercília Santos

Índice

1. Introdução.....	201
2. Análise da situação	202
3. Objetivos.....	204
4. Organização e programação da atividade.....	205
4.1. Plano da atividade comemoração do "Dia da Mãe".....	205
5. Conclusão.....	207
6. Bibliografia.....	208

ANEXOS

Anexo 1- Folhetos de comemoração do Dia da Mãe

Anexo 2 - Frases das Mães

1. Introdução

A ação comemoração do Dia da mãe, surgiu no âmbito do estágio do Módulo I, decorrente na Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira. Este estágio decorreu no período de 28 de Abril de 2014 a 27 de Junho de 2014, enquadrado no curso Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Neste sentido, a elaboração deste documento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências no que respeita à planificação de uma atividade.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objetivos; seguidamente, é apresentada a organização e programação da atividade e, por último, a conclusão.

2. Análise da Situação

O Dia da Mãe é uma data comemorativa em que se homenageia a mãe e a maternidade.

Na Grécia Antiga, são datados os primeiros indícios de comemorações deste dia. Os gregos homenageavam a deusa Reia, a mãe de todos os deuses. Neste dia os gregos faziam oferendas e celebravam a deusa. Por sua vez, os romanos também celebravam este dia, homenageando a mãe dos deuses, Cibele.

No entanto esta comemoração só se tornou uma celebração de caráter cristão nos primórdios do cristianismo. Sendo uma homenagem à Virgem Maria, a mãe de Jesus.

Na Inglaterra do séc. XVII, havia o chamado “ Domingo das Mães”. Durante as missas, os filhos entregavam presentes para suas mães. Portanto, era um dia destinado a visitar as mães e dar presentes, em muito semelhante ao que ocorre atualmente.

As primeiras sugestões para a criação de uma data oficial que homenageasse as mães surge nos Estados Unidos, pela ativista Ann Maria Reeves Jarvis que organizou em 1865 os *Mother's Friendship Days* (dias de amizade para as mães) para melhorar as condições dos feridos na Guerra de Secessão que devastou os Estados Unidos nesse período.

Antes em 1858, Jarvis fundou os *Mothers Days Works Clubs* com o intuito de diminuir a mortalidade de crianças em famílias de trabalhadores. Em 1870 a escritora Julia Ward Howe publicou o manifesto *Mother's Day Proclamation* pedindo paz e desarmamento depois da Guerra de Secessão.

A idealizadora do Dia das Mães na sua forma atual é Anna Jarvis, filha de Ann Maria Reeves Jarvis, que em 12 de maio de 1907, dois anos após a morte de sua mãe, criou um memorial à sua mãe e iniciou uma campanha para que o Dia das Mães fosse um feriado reconhecido. Foi reconhecido a 8 de maio de 1914 quando a resolução *Joint Resolution Designating the Second Sunday in May as Mother's Day* foi aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos, instalando assim

o segundo domingo do mês de maio como Dia das Mães. No âmbito desta resolução o Presidente dos Estados Unidos Thomas Woodrow Wilson proclamou que no Dia das Mães os edifícios públicos deveriam ser decorados com bandeiras. Assim, o Dia das Mães foi celebrado pela primeira vez em 9 de Maio de 1914.

No Brasil, em 1932, o presidente Getúlio Vargas oficializou a data no segundo domingo de maio. Em 1947, Dom Jaime de Barros Câmara, Cardeal-Arcebispo do Rio de Janeiro, determinou que essa data fizesse parte também no calendário oficial da Igreja Católica e fosse celebrado.

Em Portugal, o Dia da Mãe é celebrado no primeiro domingo de Maio, embora durante muitos anos tivesse sido comemorado no dia 8 de Dezembro, dia da Nossa Senhora da Conceição.

Tendo em consideração a história deste dia, é pertinente homenagear todas as mulheres que são mães ou que estão a caminho da maternidade. Ser mãe é um trabalho a tempo inteiro e que exige muito da mulher, nas diversas esferas da sociedade, mas igualmente recompensador. Queremos enquanto equipa, demonstrar o nosso apreço por todas as mães e futuras mães que acedam às nossas instalações ou que necessitem dos cuidados desta equipa. Com esta iniciativa pretendemos, igualmente, sensibilizar as mulheres em idade fértil para a maternidade, visto as taxas de natalidade serem cada ano mais baixas.

3. Objetivos

A delineação de objetivos constitui uma importante parte do planeamento de uma atividade, visto que, com uma correta fixação de objetivos será possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano elaborado.

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos:

- Dar a conhecer a história do dia da mãe;
- Sensibilizar para a maternidade;
- Desmitificar conceitos relacionados com a maternidade;
- Promover a figura do profissional de saúde.

4. Organização e programação da atividade

A data para a realização desta ação será durante a semana de 4 a 8 de Maio, visto que o dia comemorativo coincide com um domingo, optou-se por celebrar essa efemeride durante a semana.

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: 1 estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos: sala de reuniões do Projeto de Preparação para a Parentalidade da Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Recursos materiais: folhetos, papeis e canetas.
- Recursos Financeiros: suportados pela estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Foram elaborados pequenos folhetos com frases alusivas à maternidade e que foram distribuídos na Unidade de Cuidados na Comunidade (Anexo 1). Foi ainda realizada a visualização de uma apresentação de um livro denominado “Mãe Maravilha” que foi cedido pelas colegas da Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e em seguida foi efetuada partilha de emoções e sentimentos por parte das mães presentes em duas sessões distintas de recuperação pós-parto. Cada uma escreveu num pequeno papel, de forma anónima, aquilo que sentiam naquele momento em relação ao seu papel de mãe (Anexo 2). Após a escrita destas frases, as mesmas foram lidas em voz alta por mim, e foram clarificados alguns medos e receios, desmistificados alguns mitos e foram partilhados os sentimentos comuns a estas mães.

4.1.Plano da Actividade da atividade de Comemoração do "Dia da Mãe"

OBJETIVO	Dar a conhecer a história do dia da mãe; sensibilizar para a maternidade; desmitificar conceitos relacionados com a maternidade; promover a figura do profissional de saúde.
QUEM	Enfermeira estagiária do Mestrado Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica e Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira
POPULAÇÃO	Utentes da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira
COMO	Distribuição de um documento alusivo ao tema “ Dia da Mãe” e dinâmica com mães dos cursos de recuperação pós-parto
ONDE	Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira
QUANDO	De 1 de Maio a 9 de Maio de 2014
AVALIAÇÃO	Número de documentos distribuídos
TEMPO	5 horas

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE	<p>A atividade decorreu conforme planeado.</p> <p>Foram distribuídos cerca de 40 folhetos e colaboraram cerca de 13 mães.</p>
------------------------	---

5. Conclusão

Ser mãe é um papel que exige à mulher competências que até ao momento não tinham sido desenvolvidas. Nem sempre o desenvolvimento do papel maternal corresponde às expectativas que as mães tinham durante a gestação. O bebé com que sonhavam, aquele que idealizavam durante a gravidez nem sempre corresponde à realidade mas em regra geral todas as mães gostam de ser mãe, apesar de por vezes a gravidez não ter sido planeada, e das inseguranças que sentem em relação ao futuro destas e dos respetivos filhos.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da atividade a desenvolver e será de extrema importância para a concretização dos objetivos traçados.

6. Bibliografia

- http://pt.wikipedia.org/wiki/Dia_da_M%C3%A3e

ANEXOS

ANEXO 1

Folhetos de comemoração do Dia da Mãe



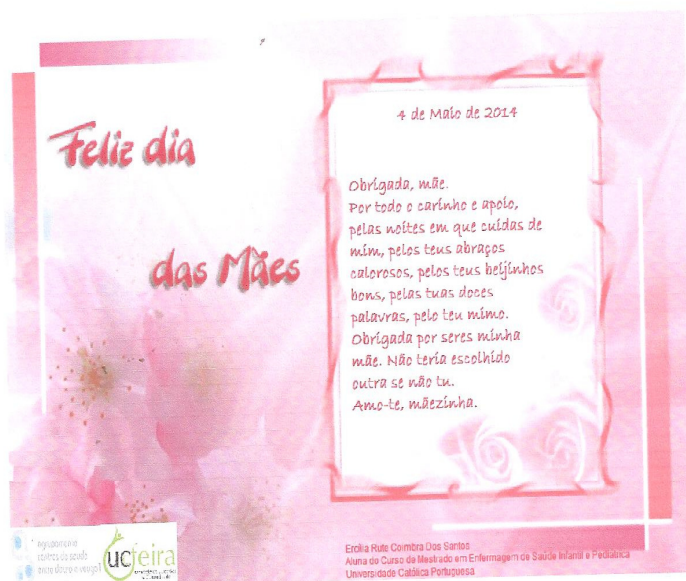
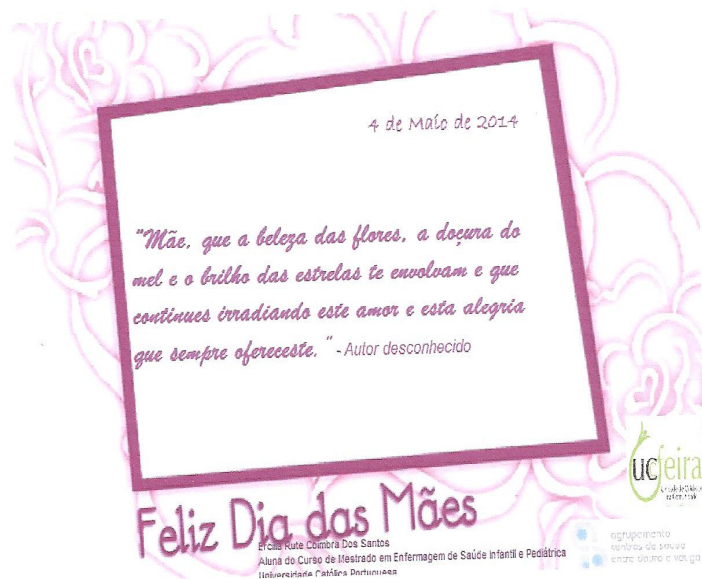
Feliz Dia Da Mãe

"Um amor mais forte que tudo, mais obstinado que tudo, mais duradouro que tudo, somente o amor de mãe."

Autor desconhecido

4 de Maio de 2014





ANEXO 2

Frases escritas pelas Mães

- *“Ser mãe é maravilhoso, é o maior sentiment que possa existir...é termos o coração cheio de amor para dar e eles estão sempre a retribuir com um sorriso lindo...Apesar de às vezes nos apetecer fugir e gritar, não há nada tão maravilhoso do que ser mãe.”*
- *“Ser mãe é a melhor “tarefa” do mundo. É o melhor sentiment que alguma vez senti. Depois que fui mãe, o meu “sentido de alerta” está 100% ativo e muitas vezes não consigo desligá-lo.”*
- *“Talvez seja mãe sonhadora. Gostava de ter o meu espaço, a minha hora livre, a hora da bicicleta mas outra parte de mim não consegue deixar o bebé. Portanto, com o alívio que o sorriso do meu bebé me dá, sonho dias de sol, em zonas verdes a passear com ele e com a família.”*
- *“Esta fase tem sido a melhor fase da minha vida. És o filho que nós pais sempre desejámos. Angustia-me pensar se terei capacidade de te ajudar em todas as fases do teu crescimento e se estarei fisicamente presente na tua vida até que sejas um homem capaz de viver sem mim.”*
- *“Ser mãe é ter um amor profundo por este ser tão pequenino, é estar sempre com as lágrimas nos olhos, tanto por aflição como por alegria. É não importarmo-nos com mais nada, o bebé vem sempre na frente de tudo. É a nossa maior alegria e paixão.”*
- *“Por vezes, custa acreditar que um ser tão perfeito saiu do meu corpo. Anseio pelo dia em que ela me vai chamar de “mãe”. Acho que só aí, vou conseguir entender o seu significado e o sentiment que implica. Só quando ela disser:” Mãe, gosto tanto de ti!”, vou saber que afinal também sou uma boa mãe.”*
- *“A viver um sonho à muito desejado!”*
- *“Para ser sincera nunca foi um sonho de vida ser mãe e mesmo quando ele nasceu não posso dizer que tenha sentido naquele momento que o era. Foi quando o levámos para casa que comecei verdadeiramente a ser mãe e até este momento a mais feliz de todas. É muito bom ser mama!”*

- *“Ser mãe é algo precioso, algo mágico, maravilhoso. Mas tenho medo de não conseguir ser boa mãe, mas ao mesmo tempo sinto-me capaz de ultrapassar qualquer coisa por ele.”*
- *“Tentar ser e dar tudo de bom, porque eles são a nossa razão de viver.”*
- *“Obrigada Pimpão! Obrigada pelo teu sorriso, pelo teu choro, por simplesmente existires! Perdoa-me por todas as inseguranças que me criaste, mas prometo-te que juntos conquistaremos coisas fantásticas.”*
- *“Ser mãe é ser tudo! É ser tudo para o nosso filho, é ser tudo para o marido, é ser tdo até para nós próprias! E é muito bom!”*
- *“Para mim ser mãe pôs-me à prova na capacidade de partilhar e valorizar cada vez mais os meus sentimentos, o meu tempo e a minha vida. Ter um filho é uma dádiva. A maternidade não é fácil, mas é sempre vivida diariamente e em plenitude.”*

ANEXO 5

Planificação da atividade de comemoração do “Dia da Criança”



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Planificação da atividade comemoração do Dia da Criança

Autor: Ercília Santos

Índice

1. Introdução.....	225
2. Análise da situação	226
3.Objetivos.....	227
4. Organização e programação da atividade.....	228
4.1. Plano da atividade comemoração do "Dia da Criança"	228
5.Conclusão.....	230
6.Bibliografia.....	231

ANEXOS

Anexo 1- Cartaz de comemoração do Dia da Criança

Anexo 2 - Frases das crianças alusivas ao tema "Ser criança é..." e os Direitos da Criança

1. Introdução

A ação comemoração do Dia da Criança, surgiu no âmbito do estágio do Módulo I, decorrente na Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira. Este estágio decorreu no período de 28 de Abril de 2014 a 27 de Junho de 2014, enquadrado no curso Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Neste sentido, a elaboração deste documento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências no que respeita à planificação de uma atividade.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objetivos; seguidamente, é apresentada a organização e programação da atividade e, por último, a conclusão.

2. Análise da Situação

No dia 01 de Junho de 2014, comemora-se o Dia Mundial da Criança.

Dado tratar-se de um domingo, a comemoração será nos dias 31 de Maio e 06 de Junho de 2014.

Decidiu-se recolher frases de crianças sobre o que é para elas ser criança no momento em que vivem, sob o título “Ser criança é...” e a posterior realização de um cartaz (Anexo 1) com as mesmas frases e desenhos. Além disto, a Unidade de Cuidados na Comunidade associa-se neste evento à Radio Clube Da Feira para a sensibilização da população em geral relativamente aos Direitos das Crianças (Anexo 1 e 2), que foram aprovados por unanimidade pelas Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989 – Convenção sobre os Direitos da Criança. Portugal ratificou esta Convenção a 21 de Setembro de 1990, estando esta assente em 4 pilares fundamentais: a não discriminação; o interesse superior da criança; a sobrevivência e desenvolvimento e a opinião da criança.

A convenção é constituída por 54 artigos, que podem ser devidos em quatro categorias de direitos: os direitos à sobrevivência (ex. cuidados adequados), os direitos relativos ao desenvolvimento (ex. educação), os direitos relativos à proteção (ex. direito a ser protegida contra exploração) e os direitos de participação (ex. direito de exprimir a sua própria opinião.)

3. Objetivos

A delineação de objetivos constitui uma importante parte do planeamento de uma atividade, visto que, com uma correta fixação de objetivos será possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano elaborado.

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos:

- Sensibilizar a população em geral para a necessidade de promover os direitos das crianças;
- Contribuir para que sejam assegurados os meios necessários para o desenvolvimento integral da criança.

4. Organização e programação da atividade

A data para a realização desta ação será de 31 de Maio de 2014 a 6 de Junho de 2014.

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: 1 estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto e Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade.
- Recursos Físicos: Um placar e um póster.
- Recursos materiais: folhas e canetas.
- Recursos Financeiros: suportados pela estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

4.1.Plano da Atividade de Comemoração do "Dia da Criança"

ATIVIDADE	Comemoração do dia mundial da criança.
OBJETIVO	Sensibilizar a população em geral para a necessidade de promover os direitos das crianças; contribuir para que sejam assegurados os meios necessários para o desenvolvimento integral da criança.
QUEM	Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Rádio Clube da Feira.
POPULAÇÃO	Crianças e Utentes do Concelho de Santa Maria da Feira e ouvintes da Rádio Clube da Feira.
COMO	Recolha de frases alusivas ao tema ser criança, elaboradas pelas próprias crianças. Realização de um cartaz e exposição no átrio da Unidade de Cuidados na Comunidade. Divulgação das frases das crianças na rádio bem como dos Direitos das Crianças.
ONDE	Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira e Rádio Clube da Feira.

QUANDO	Dias 31 de Maio a 6 de Junho de 2014
AVALIAÇÃO	Número de frases elaboradas
TEMPO	Planeamento: 8 horas Execução: 46 horas
AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE	A atividade decorreu conforme planeado. Foram escritas 14 frases.

5. Conclusão

A criança nem sempre foi vista como um ser único, em crescimento e desenvolvimento permanentes e inserido numa família, numa comunidade e numa sociedade, com direitos consagrados a nível internacional que se devem preservar e respeitar e que constitui um imperativo moral e ético de todos os cidadãos.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da atividade a desenvolver e será de extrema importância para a concretização dos objetivos traçados.

6. Bibliografia

- Assembleia Geral nas Nações Unidas. *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. UNICEF; 1989. Ratificada a 21 de Setembro de 1990. [em linha]. [Consultado em 25 de Maio de 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Cartaz de comemoração do Dia da Criança

ANEXO 2

Frases das crianças alusivas ao tema “Ser criança é...” e os
Direitos da Criança

Ser criança é...

(As seguintes frases são de crianças que se encontravam internadas num serviço de Pediatria de um hospital)

- “Ser feliz, ter amigos, ter família, ter estudos, ter educação e crescer.”
António, 10 anos
- “Ser criança é ser feliz e brincar.”
Vasco, 11 anos
- “Ser criança é muito bom. É brincar sem parar. É sonhar e pensar que tudo é possível.”
João Marinho, 13 anos
- “Ser criança é...
Ser criança é ser feliz
È brincar e aprender
Correr e saltar

Ser criança é sofrer
E não ter dor
Ser criança é dar e
Receber amor

Ser criança é dar e
Receber, ter força para
A vida e nunca ter
Medo de sofrer.”
Mikelly, 12 anos
- “Ser criança é muito bom. Ser criança é olhar e não ver o perigo. Ser criança é ser feliz.”
Micael José, 7 anos

- “Ser criança é muito bom, é inesquecível. Ser criança é olhar e não ver o perigo, é pedir com os olhos. É conseguir perdoar muito mais fácil que brigar. É gostar de quem olha no olho e fala baixo. É nascer de novo a cada dia. É rir, é brincar, ser conquistador e herói, é ter coragem, nunca ter medo, ter pouca paciência. Ser criança é inesquecivelmente ser feliz com muito pouco. É ser sonho, o futuro e esperança. Ser criança é ter um futuro, é ter ingenuidade e ter bondade no coração.”

Marco Ribeiro, 12 anos

(As seguintes frases são de crianças que não se encontram em situação de risco ou com problemas de saúde):

- “Ser criança é...uma coisa muito boa, alegre, feliz. Uma criança aprende, brinca.”

Joice, 10 anos

- “Ser criança é bom...é lindo. Uma criança brinca, cresce.”

Beatriz, 9 anos

- “Ser criança é ser amor, coração, alegria com muita felicidade. Portar-se bem para ser muito feliz com o coração da minha mãe. Gosto muito de ser criança, fazer trabalhos de casa e de ver a minha mãe. Adoro-te.”

Matilde, 5 anos

- “Ser criança é...A coisa mais linda do mundo!!”

Guilherme, 7 anos

- “Ser criança é divertido. É ser feliz, é ter amigos, é ter uma família. Eu gosto de ser criança.”

Inês Amorim, 7 anos

- “Eu sou criança e gosto da minha irmã.”

Duarte, 6 anos

- “Ser criança é ser pequeno e ter os seus sonhos.”

Sofia Alves, 8 anos

- “Ser criança é...é brincar, jogar à bola com os amigos, saltar, correr; é respeitar os pais, os professores, os amigos; é ser amigo, é alegria, sorrir, cantar e dançar.”

Afonso, 7 anos

Os artigos que não são referidos aqui dizem, sobretudo, respeito à forma como os adultos e os governos devem trabalhar em conjunto para que todas as crianças usufruam dos seus direitos. Além disso, estes direitos, não são a transcrição dos Direitos consagrados na Convenção sobre os Direitos Das Crianças mas estão descritos de forma mais simplificada para serem compreendidos pela população em geral.

- **ARTIGO 1º**
Todas as pessoas com menos de 18 anos têm todos os seus direitos escritos nesta convenção.
- **ARTIGO 2º**
Têm todos esses direitos seja qual for a tua raça, sexo, língua ou religião. Não importa o país onde nasceu, se tem alguma deficiência, se é rico ou pobre.
- **ARTIGO 3º**
Quando um adulto tem qualquer laço familiar ou responsabilidade sobre uma criança, deverá fazer o que for melhor para ela.
- **ARTIGO 6º**
Toda a gente deve reconhecer que a criança tem direito à vida.
- **ARTIGO 7º**
A criança tem direito a um nome e a ser registado, o nome, o dos pais e a data nascimento devem ser registados. Tem direito a uma nacionalidade e o direito de conhecer e ser educado pelos pais.
- **ARTIGO 9º**
Não deve ser separado dos seus pais, excepto se for para o seu próprio bem, como por exemplo, no caso de maus tratos ou maus cuidados. Se decidirem separar-se, a criança tem de ficar a viver com um deles, mas tem o direito de contactar facilmente com os dois.
- **ARTIGO 10º**
Se os pais viverem em países diferentes, a criança tem direito a regressar e viver junto deles.
- **ARTIGO 11º**
A criança não deve ser raptada mas, se tal acontecer, o governo deve fazer tudo o que for possível para a libertar.
- **ARTIGO 12º**
Quando os adultos tomam qualquer decisão que possa afectar a vida da criança, esta tem o direito a dar a sua opinião e os adultos devem ouvir seriamente.

- **ARTIGO 13º**
A criança tem direito a descobrir coisas e dizer o que pensa através da fala, da escrita, da expressão artística, etc., excepto se, quando o fizer, interferir com o direito dos outros.
- **ARTIGO 14º**
A criança tem direito à liberdade de pensamento e de religião. Os seus pais devem ajudar a compreender o que está certo e o que está errado.
- **ARTIGO 15º**
A criança tem direito a reunir-se com outras pessoas e a criar grupos e associações, desde que não viole os direitos dos outros.
- **ARTIGO 16º**
A criança tem direito à privacidade.
- **ARTIGO 17º**
A criança tem direito a ser informado sobre o que se passa no mundo através da rádio, dos jornais, da televisão, dos livros, etc. Os adultos devem ter a preocupação de que a criança compreende a informação que recebe.
- **ARTIGO 18º**
Os seus pais devem educar a criança, procurando fazer o que é melhor para esta.
- **ARTIGO 19º**
Ninguém deve exercer sobre a criança qualquer espécie de maus tratos. Os adultos devem protegê-la contra abusos, violência e negligência. Mesmo os próprios pais não têm o direito de te maltratar.
- **ARTIGO 20º**
Se a criança não tiver pais ou não for seguro viver com estes, esta tem direito a protecção e ajuda especiais.
- **ARTIGO 21º**
Caso a criança seja adoptada, os adultos devem procurar ter o máximo de garantias de que tudo é feito da melhor maneira para a criança.
- **ARTIGO 22º**
No caso de crianças refugiadas (situação em que a criança teve de abandonar os seu país por razões de segurança), têm direito a protecção e ajuda especiais.
- **ARTIGO 23º**
No caso de crianças deficientes, estas têm direito a cuidados e educação especiais, que a ajudem a crescer do mesmo de forma saudável.

- **ARTIGO 24º**
A criança tem direito à saúde. Quer dizer que, se estiver doente, deve ter acesso a cuidados médicos e medicamentos. Os adultos devem fazer tudo para evitar que as crianças adoçam, dando-lhes uma alimentação conveniente e cuidando bem delas.
- **ARTIGO 27º**
A criança tem direito a um nível de vida digno. Quer dizer que os seus pais devem procurar que não lhe falte comida, roupa, casa, etc. Se os pais não tiverem meios suficientes para estas despesas, o governo deve ajudar.
- **ARTIGO 28º**
A criança tem direito à educação. O ensino básico deve ser gratuito e não deve deixar de ir à escola. Também deve ter possibilidade de frequentar o ensino secundário.
- **ARTIGO 29º**
A educação tem como objectivo desenvolver a personalidade, talentos e aptidões mentais e físicas das crianças. A educação deve, também, preparar a criança para ser um cidadão informado, autónomo, responsável, tolerante e respeitador dos direitos dos outros.
- **ARTIGO 30º**
Se a criança pertencer a uma minoria, tem o direito de viver de acordo com a sua cultura, praticar a sua religião e falar a sua própria língua.
- **ARTIGO 31º**
A criança tem direito a brincar.
- **ARTIGO 32º**
A criança tem direito a protecção contra a exploração económica, ou seja, não deve trabalhar em condições ou locais que ponham em risco a sua saúde ou a sua educação. A lei portuguesa diz que nenhuma criança com menos de 16 anos deve estar empregada.
- **ARTIGO 33º**
a criança tem direito a ser protegida contra o consumo e tráfico de droga.
- **ARTIGO 34º**
A criança tem direito a ser protegida contra abusos sexuais. Quer dizer que ninguém pode fazer nada contra o seu corpo como, por exemplo, tocar, fotografar contra a sua vontade ou obrigar a dizer ou a fazer coisas que a criança não quer.
- **ARTIGO 35º**
Ninguém pode raptar ou vender crianças.

- **ARTIGO 37º**
Nenhuma criança deverá ser presa, excepto como medida de último recurso e, nesse caso, tem direito a cuidados próprios de acordo com a sua idade e visitas regulares da sua família.
- **ARTIGO 38º**
A criança tem direito a protecção em situação de guerra.
- **ARTIGO 39º**
Uma criança vítima de maus tratos ou negligência, numa guerra ou em qualquer outra circunstância, tem direito a protecção e cuidados especiais.
- **ARTIGO 40º**
Se alguma criança for acusada de ter cometido algum crime, esta tem direito a defender-se. No tribunal, a polícia, os advogados e os juízes devem tratar-la com respeito e procurar que compreenda o que se está a passar.
- **ARTIGO 42º**
Todos os adultos e crianças devem conhecer esta Convenção. Toda a criança tem direito a compreender os seus direitos e os adultos também.

ANEXO 6

Planificação da ação de formação para pais e cuidadores sobre os “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Planificação da ação de formação para pais e cuidadores:

“Problemas mais comuns no primeiro ano
de vida”

Autor: Ercília Santos

Janeiro, 2015

Índice

1. Introdução	255
2. Análise da situação	256
3. Objetivos.....	257
4. Conteúdos.....	258
5. Metodologia.....	259
6. Organização e programação da atividade.....	260
6.1. Plano da atividade de ação de formação: "Problemas mais comuns no primeiro ano de vida".....	260
7. Seleção e organização de estratégias de avaliação.....	261
8. Conclusão.....	262
9. Referência Bibliográficas.....	263

ANEXOS

Anexo 1- Diapositivos da Sessão de Formação “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Anexo 2 - Questionário de Avaliação da Conhecimentos da sessão aos pais/cuidadores “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Anexo 3 - Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos da sessão aos pais/cuidadores “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Anexo 4 - Questionário de Avaliação da Sessão “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

1. Introdução

A ação de formação “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida” surgiu no âmbito do estágio do Módulo I, decorrente na Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira. Este estágio decorreu no período de 28 de Abril de 2014 a 27 de Junho de 2014, enquadrado no curso Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Neste sentido, a elaboração deste documento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências no que respeita à planificação de uma ação de formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objetivos e da seleção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da atividade e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

2. Análise da Situação

O primeiro ano de vida da criança, é um período de crescimento e desenvolvimento rápido, sendo que se apresenta com o um desafio diário quer aos pais/cuidadores pelas diversas situações que vão surgindo. Este é um período de vulnerabilidade para a criança, o sistema imunitário não se encontra totalmente desenvolvido e as defesas contra as inúmeras doenças são escassas.

Nesta fase da vida da criança, é comum surgir problemas de saúde que podem ser um sinal/sintoma de doença, estes são diversos pelo que aqui serão apresentados os mais frequentes: febre, diarreia, vômitos, obstipação, obstrução nasal. Os pais necessitam de informações corretas de forma a reconhecer estes problemas, de como atuarem no domicílio, e devem reconhecer quais os sinais de alerta e que necessitam de recorrer uma unidade de saúde.

3. Objetivos

A delineação de objetivos constitui uma importante parte do planeamento de uma ação de formação, visto que, com uma correta fixação de objetivos será possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano elaborado.

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos:

- Reconhecer os problemas;
- Saber avaliar as situações;
- Como atuar em cada situação;
- Identificar os sinais de alarme que implica recorrer a uma unidade de saúde.

4. Conteúdos

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Febre
 - Febre;
 - Como avaliar a temperatura;
 - O que posso fazer;
 - Medidas de arrefecimento periférico;
 - Banho frio, quente ou morno;
 - Prevenir a desidratação;
 - Administração de antipiréticos;
 - Quando recorrer à unidade de saúde ou urgência hospitalar;
- Diarreia
 - Como tratar;
 - Tratamento farmacológico;
 - Quando recorrer à unidade de saúde ou urgência hospitalar;
- Vómitos
 - O que fazer;
 - Administração de medicação;
 - Quando recorrer à unidade de saúde ou urgência hospitalar;
- Obstipação
 - O que fazer;
 - Quando recorrer à unidade de saúde ou urgência hospitalar;
- Limpeza das Vias Aéreas
 - Especificidades;
 - O que fazer;
 - Quando recorrer à unidade de saúde ou urgência hospitalar;

5. Metodologia

O método a utilizar nesta ação de formação será uma combinação do método expositivo e do método exploratório.

O método expositivo, compreende a transmissão de informação, sendo que este é unidirecional, passivo e estruturado. O método exploratório incentiva à exploração e descoberta através da interação com o público-alvo da formação, fomentando e facilitando a troca de informação nos dois sentidos.

Dado o conteúdo teórico do tema, será essencialmente utilizado o método expositivo, recorrendo à apresentação de diapositivos (Anexo 1), embora haja espaço na ação de formação para a interação e partilha de ideias e experiências.

6. Organização e programação da atividade

A data para a realização desta ação de formação foi agendada para coincidir com duas sessões de Curso de Recuperação pós-parto e Educação Parental do projeto de Preparação para a Parentalidade. Esta ação de formação será divulgada de duas formas distintas: oralmente aos pais e cuidadores nas diversas sessões do curso prévias à data da ação de formação e pela afixação da informação no hall de entrada da unidade de saúde, de forma a permitir que todos os pais e cuidadores que recorrem àquela unidade tomem conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: 1 estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos: sala do Curso de Recuperação pós-parto e Educação Parental da Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Recursos materiais: um computador portátil e um projetor;
- Recursos Financeiros: suportados pela estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

6.1.Plano da Acção de Formação: “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Tema: Problemas mais comuns no primeiro ano de vida

População-alvo: Pais e Cuidadores de Crianças no primeiro ano de vida

Formador: Ercília Rute C. Santos – Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem De Saúde Infantil e Pediatria

Duração: 60 minutos

Data:

Local: sala do Curso de Recuperação pós-parto e Educação Parental UCC

Objetivo geral: Conhecer os principais problemas da criança no primeiro ano de vida e como atuar.

Objetivos	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer os problemas;• Saber avaliar as situações;• Como atuar em cada situação;• Identificar os sinais de alarme que implica recorrer a uma unidade de saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Febre• Diarreia• Vômitos• Obstrução• Obstrução das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método exploratório	<ul style="list-style-type: none">• PC portátil;• Data Show;• Material demonstrativo;• Fornecimento de apoio teórico-prático;	<ul style="list-style-type: none">• Oral:<ul style="list-style-type: none">▪ Questões feitas aos participantes de acordo com os objetivos;• Escrita:<ul style="list-style-type: none">▪ Questionário.

7. Seleção e organização de estratégias de avaliação

A avaliação assume-se como um momento fundamental do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação. Na introdução desta ação de formação, será realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente à temática em questão. Ao longo da formação, a avaliação formativa fornecerá dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de aprofundar algum conteúdo específico e, no final, a avaliação qualitativa com um questionário de avaliação de conhecimentos (Anexo 2) e respetivos resultados (Anexo 3).

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, será utilizado o documento de avaliação (Anexo 4), onde é avaliada a sessão por parte dos formandos

8. Conclusão

O reconhecimento dos problemas mais comuns no primeiro ano de vida e a forma de atuar no domicílio, constitui muitas vezes um desafio para os pais e cuidadores. O reconhecimento desta realidade foi um fator determinante para o planeamento desta atividade.

Neste contexto, a ação de formação proporciona o momento ideal para a orientação dos pais e cuidadores, para uma correta informação e esclarecimentos de dúvidas e receios. Neste contexto, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica assume-se de extrema importância.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da ação de formação a desenvolver e será de extrema importância para a concretização dos objetivos traçados.

9. Referência Bibliográficas

- Direção Geral de Saúde. *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004; Volume 1.
- Carvalho, I; Silva, M. *Orientações Clínicas. Ambulatório em Idade Pediátrica*. Porto: Urgência Pediátrica Integrada do Porto; 2008.
- Hockenberry, MJ; Wilson, D. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 8ª edição. São Paulo: Mosby Elsevier; 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Versão 2; 2011. [em linha]. [Consultado em 09 de Maio de 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

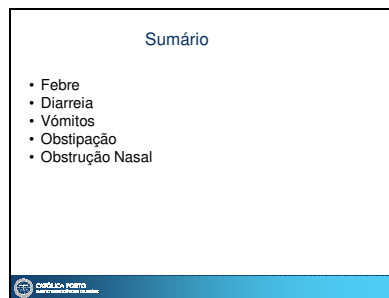
ANEXOS

ANEXO 1
Diapositivos da Sessão de Formação “Problemas mais comuns no
primeiro ano de vida”

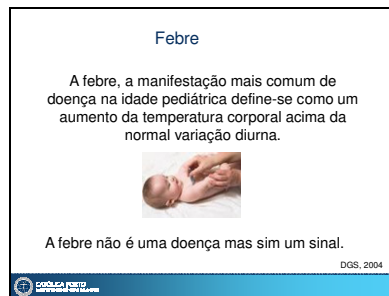
Diapositivo 1



Diapositivo 2




Diapositivo 3



Diapositivo 4

Febre

Para além da variação individual, a temperatura varia com a idade, a atividade física e ao longo do dia.




DGS, 2004

COAGULA Ponto
de encontro da família e da comunidade

Diapositivo 5

Febre

A febre parece desempenhar um papel importante como mecanismo de defesa contra a infeção.




DGS, 2004

COAGULA Ponto
de encontro da família e da comunidade

Diapositivo 6

Febre



- *Como avaliar a temperatura?*
- Deve-se avaliar a temperatura axilar, visto ser mais segura e fidedigna.
- A temperatura timpânica pode não refletir com precisão a temperatura central.
- A avaliação da temperatura retal pode causar traumatismo do ânus e contaminação.


DGS, 2004

COAGULA Ponto
de encontro da família e da comunidade


Diapositivo 7

Febre

- **O que posso fazer?**
- Despistar possível sobreaquecimento:
 - Retirar o excesso de roupa (mantas, cobertor, casaco e deixar só com a roupa interior) e verificar se a temperatura se mantém ou continua a subir.
- Se se mantiver a situação, e a temperatura atingir 38°C, administrar um antipirético.




DGS, 2004

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**


Diapositivo 8

Febre

- Na subida térmica, quando a criança está com calafrios e extremidades frias, mantê-la quente (roupa interior ou lençol ou manta), após a administração do antipirético.
- Na descida, há que permitir a libertação de calor, logo, retirar a roupa, sem deixar nu o bebé, deixando só de roupa interior.



DGS, 2004

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**


Diapositivo 9

Febre

- **Medidas de arrefecimento periférico:**
- Usar o mínimo de roupa (ficar só com a roupa interior);
- Expor a pele ao ar;
- Gerir ambiente físico (reduzir a temperatura ambiente);
- Aumentar a circulação de ar;
- Aplicar compressas húmidas e mornas na pele (ex.: testa);

Devem ser aplicadas estas medidas se forem toleradas pela criança e não induzirem o calafrio. Contudo, estas medidas são eficazes se executadas aproximadamente uma hora após a administração do antipirético.

HOCKENBERRY:WINKELSTEIN, 2011

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**

Diapositivo 10

Febre




- **Banho Frio, Quente Ou Morno?**
- O arrefecimento por banho ou toalhas é discutível. A sua finalidade seria facilitar uma rápida redução da temperatura corporal em alguns graus.
- O banho é à temperatura corporal normal (37°C) e não deve ser superior a 10 minutos.
- Estas medidas de arrefecimento devem ser sempre associadas a terapêutica farmacológica (Paracetamol), pois isoladas aumentam a conservação e produção de calor.

DGS, 2004

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**


Diapositivo 11

Febre




- **Prevenir a Desidratação:**
- A febre conduz sempre a perdas aumentadas de água, nomeadamente pela transpiração e também pela falta de apetite.
- Vigiar o estado de desidratação (olhos encovados, pele pálida, fontanela deprimida, lábios secos).
- Oferecer líquidos com frequência, de acordo com a preferência da criança.

DGS, 2004

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**


Diapositivo 12

Febre



- Se estiver a amamentar, deve continuar a dar de mamar.
- Durante a convalescença, o apetite da criança vai melhorar.
- Não há, portanto, qualquer indicação para vitaminas ou estimulantes do apetite, em circunstâncias habituais.

DGS, 2004


 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**

Diapositivo
13

Febre

- **Administração de Antipiréticos:**
- O **paracetamol** é o antipirético de escolha nos lactentes e crianças. A sua eficácia e segurança foram bem estabelecidas em numerosos estudos clínicos e em mais de três décadas de uso.
- A dose recomendada é de **10-15 mg/Kg, cada 4-6 horas, até 5 vezes nas 24 horas.**

DGS, 2004


 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**

Diapositivo
14

Febre

- O **ibuprofeno** é uma alternativa eficaz ao paracetamol. Vários estudos têm demonstrado a eficácia e segurança de terapêuticas curtas de ibuprofeno nas crianças febris.
- A dose recomendada é de **5 – 10 mg/Kg/dose, cada 6-8 horas.**

DGS, 2004


 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**

Diapositivo
15

Febre

- **ATENÇÃO:**
- A dose a administrar deve ser ajustada ao peso da criança e não à idade.
- Em caso de dúvida, contactar um profissional de saúde ou a Linha Saúde 24.
- Não deverão usar mais que um tipo de apresentação em simultâneo (supositórios mais xarope, por exemplo), o que pode conduzir a sobredosagem.

DGS, 2004


 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**

Diapositivo
16

Febre

- O uso de **ácido acetilsalicílico (aspirina)** como antipirético em crianças menores de 12 anos não está indicado, devido possíveis complicações.
- Em relação ao **nimesulide**, as formulações pediátricas foram retiradas do mercado português em Março de 1999, devido ao risco de toxicidade hepática.

DGS, 2004


 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**

Diapositivo
17

Febre

- **Alternar Antipiréticos?**
- Não há evidência científica de que a terapêutica antipirética alternando dois medicamentos tenha benefícios.
- A administração alternada com paracetamol e ibuprofeno pode ser confusa, levando a erros de dosagem e a um aumento do risco de toxicidade, visto que as doses de cada um são diferentes.


DGS, 2004

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**


Diapositivo
18

Febre

Apenas em situações pontuais e excecionais poderá ter que se recorrer à utilização de dois antipiréticos diferentes, no mesmo episódio febril. E sob orientação de um profissional de saúde.




DGS, 2004

 **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA**

Diapositivo 19

Febre



- **Quando Recorrer à Unidade de Saúde ou à Urgência Hospitalar:**
- Dificuldade respiratória, prostração, vômitos, desidratação, mau estado geral;
- Letargia (perda de sensibilidade e movimento), má perfusão periférica (pés e mãos frios e marmoreados), cianose (pele e/ou mucosas com coloração arroxeada), hipotensão, hemorragias;
- Lactente com menos de 3 meses de idade.

DGS, 2004

COOULCA PORTO
CENTRO DE OULCA PORTO

Diapositivo 20

Diarreia


"Fluxo e defecação de fezes soltas, líquidas, não moldadas; aumento de frequência de defeções, acompanhada de aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência na defecação."

CIPEB, Versão2, 2011


COOULCA PORTO
CENTRO DE OULCA PORTO

Diapositivo 21

Diarreia



A gastroenterite aguda é uma das principais causas de morbilidade e de internamento na idade pediátrica, em todos os países do mundo, sendo responsável por uma elevada mortalidade nos países em vias de desenvolvimento.




DGS, 2004

COOULCA PORTO
CENTRO DE OULCA PORTO

Diapositivo 22

Diarreia

- A causa mais frequente é viral (50% a 80%), por Rotavírus, Adenovírus e outros.
- Cerca de 5% a 10% tem causa bacteriana, sendo que a salmonella encabeça a lista.



DGS, 2004

COOLICA Ponto de Referência Nacional

Diapositivo 23

Diarreia

A gastroenterite aguda pode também conduzir quer a uma má absorção proteica e quer de hidratos de carbono, habitualmente de carácter transitório. A realimentação precoce, logo após o período de reidratação, deve ser a regra, melhorando a nutrição.

DGS, 2004

COOLICA Ponto de Referência Nacional

Diapositivo 24

Diarreia



- **Como tratar?**
 - Hidratação Oral:
 - Nas situações de desidratação ligeira a moderada, o tratamento pode ser feito em ambulatório. Baseia-se na utilização de solutos glucoelectrolíticos ou soro de reidratação oral (SRO).
 - Inicialmente, deve ser administrado em pequenas quantidades ~ 5-20 ml por seringa ou à colher, em intervalos regulares, aumentando-se o volume conforme a tolerância.
 - Não suspender o aleitamento materno.

DGS, 2004

COOLICA Ponto de Referência Nacional

Diapositivo
25

Diarreia			
• Solutos de rehidratação oral			
	OSMOLARIDADE mOsm/l	SÓDIO mEq/l	GLUCOSE mEq/l
ESPGHAN	200-250	60	74-111
Solução OMS 2002	245	75	75
Dioralyte®	NR	60	100
Miltina Electrolit®	230	60	89
Redate®	NR	90	111





DGS, 2004

Diapositivo
26

Diarreia

Não se recomenda a utilização de preparados caseiros ou bebidas gasificadas, por conterem pouco sódio e açúcar em excesso, podendo assim agravar o quadro clínico.

Diapositivo
27

Diarreia

• **Tratamento Farmacológico:**

- Os antibióticos não estão recomendados visto a principal causa ser de origem viral.
- Não devem ser prescritos antieméticos ou antidiarreicos (medicamentos para evitar a diarreia), porque não só não são eficazes, que podem ter efeitos nocivos.
- Relativamente aos antipréticos, deve ser preferido o paracetamol, por via oral, nas doses recomendadas.


DGS, 2004

Diapositivo 28

Diarreia


- **Quando Recorrer à Unidade de Saúde ou à Urgência Hospitalar:**
 - Desidratação moderada ou grave;
 - Falência da hidratação oral:
 - por dificuldade em administrar;
 - por intolerância da criança (manutenção dos vômitos, ingestão insuficiente ou recusa de ingestão)
 - por agravamento, diarreia e/ou desidratação, apesar da reidratação correta
 - Idade inferior a 3 meses;
 - Mau estado geral;
 - Doença de base;
 - Insegurança familiar.

DGS, 2004




Diapositivo 29

Diarreia



- **Comportamentos que diminuem o risco de disseminação:**
 - Lavar bem as mãos após mudar a fralda à criança; há soluções desinfetantes que poderão ser utilizadas.
 - Os brinquedos e outros objetos utilizados pela criança deverão ser lavados com frequência;
 - O local da mudança da fralda deve ser desinfetado.
 - Alguma cautela com o contacto da criança com outros irmãos.


DGS, 2004




Diapositivo 30

Vómitos

"Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e para fora da boca."



CIPE®, Versão2, 2011




Diapositivo
31

Vómitos


- É um sintoma muito comum na idade pediátrica, mas, embora a causa mais frequente seja a gastroenterite aguda, pode haver outras causas.
- Os vômitos persistentes podem desencadear quadros de desidratação e perturbações importantes do equilíbrio hidroelectrolítico.

DGS, 2004




Diapositivo
32

Vómitos



- **O QUE FAZER?**
 - Prevenir a desidratação:
 - Se estiver a amamentar, deverá continuar a dar de mamar;
 - Promover a hidratação oral, utilizando os solutos adequados existentes no mercado (soro de reidratação oral – SRO). Inicialmente, deve ser administrado em pequenas quantidades – 5 -20 ml por seringa, à colher, em intervalos regulares, aumentando-se o volume conforme a tolerância.

DGS, 2004




Diapositivo
33

Vómitos

- **Administração de Medicação:**
 - Na idade pediátrica, o uso de antieméticos não está indicado, salvo em situações muito excecionais e sob vigilância médica.
 - Não é eficaz e pode ter ações secundárias graves, mesmo em doses corretas.

DGS, 2004




Diapositivo
34

Vômitos

- *Quando Recorrer à Unidade de Saúde ou à Urgência Hospitalar:*
- Mau estado geral e sensação ou sintomas compatíveis com doença grave;
- Sinais de desidratação;
- Vômitos repetidos após tentativa de reidratação oral;
- Idade inferior a 3 meses.


DGS, 2004




Diapositivo
35

Obstipação

"Diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas."




CIPE®, Versão2, 2011




Diapositivo
36

Obstipação

- Pode ter várias causas de origem sistémica ou simplesmente estar associada à imaturidade intestinal.
- Na primeira infância, a obstipação pode resultar de problemas orgânicos como estenoses ou hipotiroidismo. Mas na maioria das vezes está relacionado com a alimentação, como no caso da introdução do leite de vaca.




DGS 2004/HOCKENBERRY-WINKELSTEIN 2011




Diapositivo
37

Obstipação

- **O Que Fazer?**
 - No pequeno lactente:
 - Aumentar a quantidade de líquidos ingerida;
 - Aumentar o número de mamadas;
 - Fazer massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio;
 - Fazer flexão das pernas sobre o abdômen, fazendo uma pequena pressão;
 - Se apesar de as medidas anteriores, a obstipação persistir deve-se ponderar o tratamento farmacológico (laxantes orais, enemas ou supositórios).




DGS 2004-HOCKENBERRY-WINKELSTEIN, 2011



COLEGIO PORTO
 INSTITUTO DE ESPECIALIZACAO

Diapositivo
38


Obstipação



- **O Que Fazer?**
 - Na primeira infância:
 - Aumentar a quantidade de líquidos ingerida;
 - Aumentar a quantidade de alimentos ricos em fibras, como os cereais, vegetais e frutas;
 - Fazer massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio;
 - Fazer flexão das pernas sobre o abdômen, fazendo uma pequena pressão;
 - Se apesar de as medidas anteriores, a obstipação persistir deve-se ponderar o tratamento farmacológico (laxantes orais, enemas ou supositórios).



DGS 2004-HOCKENBERRY-WINKELSTEIN, 2011


COLEGIO PORTO
 INSTITUTO DE ESPECIALIZACAO


Diapositivo
39

Obstipação

• **Quando Recorrer à Unidade de Saúde ou à Urgência Hospitalar:**

- Mau estado geral e sensação ou sintomas compatíveis com doença grave;
- Se obstipação persistir por mais de uma semana;
- Dejeções acompanhadas de dor intensa;
- Dejeções duras e com sangue;
- Distensão abdominal importante;
- Falta de apetite ou sinais de desidratação.


DGS 2004


COLEGIO PORTO
 INSTITUTO DE ESPECIALIZACAO

A obstipação de uma semana..é o timing para todas as faixas etárias...? Não mas é uma média.

Diapositivo
40

Obstrução Nasal



"É a resistência ao fluxo de ar, em quantidade adequada, através das fossas nasais, para satisfazer as necessidades do organismo"

COOLICA PORTO

Diapositivo
41

Obstrução Nasal

- **Especificidades:**
 - Os pulmões não estão totalmente desenvolvidos;
 - Os alvéolos vão aumentando em tamanho e número;
 - Respiração diagramática;
 - Até cerca dos 4-6 meses os lactentes respiram quase exclusivamente pelo nariz - permeabilização das narinas

HOCKENBERRY-WINKELSTEIN 2011

COOLICA PORTO

Diapositivo
42

Obstrução Nasal

- A obstrução nasal é muito frequente nos lactentes e em crianças pequenas. Muitas vezes associada a infeções respiratórias.
- Nos lactentes, as cavidades nasais são pequenas e estreitas e facilmente ficam obstruídas com secreções e com edema.

HOCKENBERRY-WINKELSTEIN 2011


COOLICA PORTO

Diapositivo
43

Obstrução Nasal

- A obstrução nasal pode interferir na respiração e na alimentação dos lactentes;
- Pode contribuir para o desenvolvimento de outras patologias, nomeadamente otites e sinusites.

HOCKENBERRY WINKELSTEIN 2011

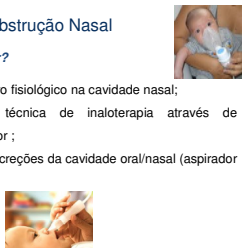


Diapositivo
44

Obstrução Nasal

• *O Que Fazer?*

- Instilar soro fisiológico na cavidade nasal;
- Executar técnica de inaloterapia através de nebulizador ;
- Aspirar secreções da cavidade oral/nasal (aspirador de boca);



HOCKENBERRY WINKELSTEIN 2011




Diapositivo
45

Obstrução Nasal

• *Quando Referenciar para a Urgência Hospitalar:*

- Mau estado geral e sensação ou sintomas compatíveis com doença grave;
- Sinais de dificuldade respiratória (tiragem, adejo nasal, retração xifóide, cianose localizada ou generalizada, taquipneia e gemido);
- Prostração, febre, falta de apetite ou recusa alimentar, desidratação;
- Lactentes com idade inferior a três meses.


HOCKENBERRY WINKELSTEIN 2011



Diapositivo
46

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde. *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004; Volume 1.
- Carvalho, I; Silva, M. *Orientações Clínicas. Ambulatório em Idade Pediátrica*. Porto: Urgência Pediátrica Integrada do Porto; 2008.
- Hockenberry, MJ; Wilson, D. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 8ª edição. São Paulo: Mosby Elsevier; 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Versão 2; 2011. [em linha]. [Consultado em 09 de Maio de 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browser/CIPE/BrowserCIPE.aspx>.

 **ordem dos enfermeiros**
Associação Nacional de Profissionais de Enfermagem

ANEXO 2

Questionário de Avaliação da Conhecimentos da sessão aos pais/cuidadores “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Avaliação de conhecimentos da sessão de educação para a saúde

Ação de formação: “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Local: UCC Santa Maria da Feira

Data:

Duração: 1 hora

Destinatários: Pais e cuidadores de crianças no primeiro ano de vida

Formador: Ercília Rute Coimbra dos Santos – Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Nas seguintes questões coloque uma cruz em cima do V, se a afirmação for verdadeira ou no F, se for falsa:

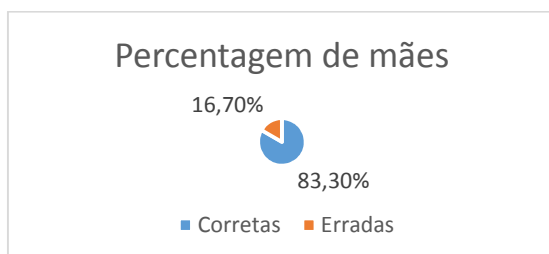
- | | |
|--|-----|
| 1. A temperatura deve-se avaliar preferencialmente no ânus. | V F |
| 2. Antes de dar um antipirético, devo retirar o excesso de roupa. | V F |
| 3. A partir de 38°C de temperatura axilar, devo administrar um antipirético. | V F |
| 4. Posso dar paracetamol ou ibuprofeno pois as doses são as mesmas. | V F |
| 5. A diarreia não provoca desidratação. | V F |
| 6. Em situação de diarreia devo parar de amamentar. | V F |
| 7. Lavar as mãos após a muda de fralda não tem qualquer impacto. | V F |
| 8. Se o meu bebé apresentar vômitos devo suspender a amamentação. | V F |
| 9. O uso de medicamentos para evitar os vômitos está desaconselhado. | V F |
| 10. A massagem abdominal não tem efeito na resolução da obstipação. | V F |
| 11. A alimentação da criança rica em fibras pode ajudar a regular o transito intestinal. | V F |
| 12. A instilação de soro fisiológico no nariz do meu bebé ajuda a desobstruir. | V F |
| 13. Posso utilizar o nebulizador ou o aspirador para desobstruir o nariz. | V F |

ANEXO 3

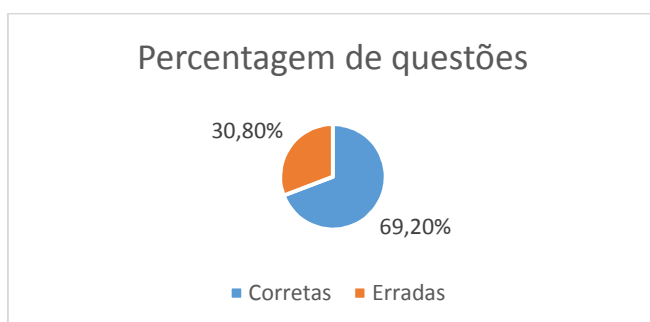
Resultados do Questionário de avaliação de conhecimentos da sessão aos pais/cuidadores “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

O número de participantes em ambas as sessões foi um total de 12 mães, o questionário tinha cerca de 13 questões, sobre os temas abordados. Dez das mães acertaram em todas as questões, apenas duas erraram. Uma errou apenas na questão número 4, o que na minha perspectiva poderá ter sido falta de atenção ou não ter ficado bem esclarecido que as doses dois antipiréticos é diferente. Outra das mães errou em três questões, a primeira foi a questão número 5, o que poderá ter sido falta de atenção, falta de consolidação de conhecimentos ou por condicionantes externas como o fato de alguns bebés se encontrarem a chorar e portanto provocar distração. Outra das questões erradas foi a número 6 e penso que as razões terem sido as mesmas, uma vez, que este aspeto foi reforçado várias vezes ao longo da sessão. A última questão que errou foi a número 13, e as razões por mim apontadas são as acima descritas acrescentando o fato de no curso de preparação psicoprofilática para o parto ser ensinado que não devem usar o aspirador por norma só em questões de sos e este fato foi igualmente reforçado, contudo poderá ter provocado alguma confusão.

Assim, posso considerar que a sessão teve um impacto positivo nas mães visto que, a percentagem de mães que errou foi de 16,7%, o que é uma percentagem bastante baixa.



Contudo, num total de 13 questões erraram 4, ou seja, cerca de 30,8% das questões. No entanto, é uma percentagem pequena pelo que considero a sessão bem sucedida.



ANEXO 4

Questionário da avaliação da sessão aos pais/cuidadores “Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Avaliação da sessão de formação

Ação de formação: “ Problemas mais comuns no primeiro ano de vida”

Local: UCC Santa Maria da Feira

Data:

Duração: 1 hora

Destinatários: Pais e cuidadores de crianças no primeiro ano de vida

Formador: Ercília Rute Coimbra dos Santos – Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Preencha com uma cruz o quadrado correspondente à sua opinião/satisfação, sendo que 1- Nada, 2 – Pouco, 3- Muito e 4 – Totalmente.

Avaliação global	1	2	3	4
As informações da formação foram claras				
A duração da ação/sessão foi adequada				
As instalações foram adequadas				
Os meios audiovisuais foram adequados				
O método foi adequado				

Avaliação do impacto da formação	1	2	3	4
Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos				
Os conhecimentos adquiridos são úteis para os cuidados ao meu filho				
Os conhecimentos adquiridos vão permitir alterar os meus cuidados				

Avaliação do formador	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto				
A relação estabelecida com o formador foi adequada				
O formador estava motivado				
O formador estava disponível para esclarecer dúvidas				

